

地域生活支援事業登録辞退届出書

年 月 日

八街市福祉事務所長 様

所在地
事業所 名 称
代表者

次のとおり辞退したいので届け出ます。

	八街市 指定事業所番号	
登録を辞退する施設	名称	
	所在地	
登録を受けた年月日	年	月 日
登録を辞退する年月日	年	月 日
登録を辞退する理由		
現に利用している者に対する措置		

備考 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。