

生活保護法(中国残留邦人等支援法)指定介護機関辞退届書

介護保険事業者番号	4	4	●	●	●	●	●	●	●	●
サービスの種類	訪問介護、居宅療養管理指導									
事業所の名称	〇〇クリニック									
事業所の所在地	大分市〇〇町〇丁目〇〇〇〇番〇号									
辞退年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日									
サービス受給者等の措置状況										
連絡先電話番号・担当者名	Tel (〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇) / 担当者氏名 (〇〇 〇〇)									

上記のとおり届け出ます。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

大分市長 殿

開設者住所(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

〒 ●●● - ●●●●

大分市〇〇町〇丁目〇〇〇〇番〇号

開設者

開設者氏名(法人の場合は法人名及びその代表者氏名)

医療法人 〇〇会 理事長 ●● ●●