

更新申請放棄確認書

年 月 日

(宛先) えびの市長

所在地

申請者 名 称

代表者

印

当法人が指定を受けている下記介護保険事業所については、当法人自らの判断により指定更新申請を行わないこととしますので、有効期間満了日が経過した日をもって指定の効力を失うこととなっても異存ありません。

記

1 指定更新申請を行わない事業所

事業所番号	サービス種類	事業所名称	事業所所在地

注) 上の表には、指定更新申請を行わない事業所のみを記載してください。

2 連絡先

連絡先電話番号	
担当者職・氏名	