

介護保険等利用被爆者助成特定事業者登録辞退届

熊本県介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱に基づく、介護保険等利用被爆者助成特定事業者を下記の理由で辞退します。

記

1 事業所の名称等

指定記号番号	原介特第	号	登録年月日	年	月	日
名	称					
所	在	地				

2 辞退しようとする年月日 年 月 日

3 辞退する理由

熊本県知事 様 年 月 日

開設者	所在地 又は住所	〒
	名称(法人名・ 代表者) 又は氏名	

この届に関する担当者 所属等 氏名
(問合せ先) TEL FAX

添付書類：登録証明書(原本)