様式第３５号の６（第２４条の３関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申出者　住　所

氏　名　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地

並びに名称及び代表者の氏名

指定を不要とする旨の申出書

　次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者 | 氏名 |
| 住所 |
| 事業所 | 名称 |
| 施設種別　　□病院　□診療所　□薬局　　　　　　　□介護老人保健施設　□介護医療院 |
| 所在地 |
| 管理者 | 氏名 |
| 住所 |
| 申出に係る居宅サービスの種類 | １　訪問看護２　訪問リハビリテーション３　居宅療養管理指導４　通所リハビリテーション５　短期入所療養介護６　介護予防訪問看護７　介護予防訪問リハビリテーション８　介護予防居宅療養管理指導９　介護予防通所リハビリテーション10　介護予防短期入所療養介護 |

備考

「申出に係るサービスの種類」欄は、該当する番号を○で囲んでください。