

受理番号	
------	--

① 訪問看護ステーション	名 称	
	所 在 地	
② 事業者名・代表者氏名等	名 称	
	主たる事業所の所在地	
	代表者氏名及び住所	

上記のとおり、指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。

年 月 日

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

四国厚生支局長 殿

代表者の職名及び氏名

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

備考：「受理番号」欄には、記入しないこと。