

様式第2

(表 面)

		※ 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。

平成 年 月 日
申請者の名称及び主たる事業所の所在地

地方厚生（支）局長 殿
代表者の職名及び氏名
印

(裏 面)

<p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 申出書は、正副2通提出のこと。</li> <li>2 ※印の欄には、記入しないこと。</li> </ol>
--