

(様式5)

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム さくらの郷 様

氏名 印

下記の者が、（他の施設に入所した・亡くなられた）ため、貴施設への入所申込みを取り消します。

記

氏 名 :

生 年 月 日 :

介護保険被保険者番号 :

取り下げ理由 :

(さくらの郷 F A X 0598-31-2003)