

介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ								西暦				
氏名	(姓)	(名)						生年	19	年	月	日生
							月				日	
登録番号 (8けた)												
登録消除 を申請する理由												
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証原本 (平成18年3月31日までの登録者は介護支援専門員登録証明書 A4サイズ・携帯用の2種類)											

介護支援専門員の登録を消除したいので、介護保険法第69条の6第1号の規定により、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者

住所 (〒 )

氏名 \_\_\_\_\_

届出に係る介護専門員との続柄 ( )

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

宮崎県知事殿