

宮崎県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下届

令和 年 月 日

宮崎県福祉保健部長寿介護課  
医療・介護連携推進室長 殿

法人名称  
法人代表者職・氏名

令和 年 月 日付けで登録決定のあった宮崎県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録について、下記のとおり取り下げます。

記

事業所登録内容			
事業所名			
管理者氏名			
事業所所在地	(〒 - )		
電話番号	- -	FAX 番号	- -
特定事業所加算算定区分	I ・ II ・ III ・ A ・ 算定なし		
取下げに関すること			
取下げ理由			
取下げ理由発生日	令和 年 月 日		

※ 今年度発行した「宮崎県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録決定通知書」の原本を添付の上、宮崎県長寿介護課医療・介護連携推進室まで郵送ください。

※ 取下届の内容に基づき、登録取り消しとなった場合には、後日、取消決定通知書を発行いたします。