

介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ								西暦
氏名	(姓) (名)							19 年 月 日生
登録番号 (8けた)								
登録消除する理由								
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 _____ 印

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