様式第９号

介護支援専門員登録消除申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | **西暦****１９** 　 年　 　月　　 日生 |
| 氏名 | （姓） 　　　　　　 （名） |
| 登録番号（８けた） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録消除を申請する理由 |  |
| 添付書類 | □ 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ｻｲｽﾞ・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