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