別記様式第８号

**介護支援専門員登録消除申請書**

年　　　　月　　　　日

　群馬県知事　　あて

　介護保険法第６９条の６第１号の規定に基づき、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

 申請者（本人）

 連絡先電話番号

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 郵便番号 | 　〒 |
| フリガナ |  |
| 住　　所 | 　　　　 　　　　都道　　　　 　　　　区市　　　　　　　　　　町　　　　 　　　　府県　　　　 　　　　郡　　　　　　　　　　 村 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日生 |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録消除の 理 由 |  |
| 添付書類 | 介護支援専門員証交付の有無　　　　有　　・　　無 |
|  □ 介護支援専門員証（原本） |
|