

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

群馬県知事 へ

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 府県 | 区市 郡 | 町 町村 | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日生 | | | |
| 登録年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 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（平成17年度以前登録された方のみ介護支援専門員登録証明書及び携帯用介護支援専門員登録証明書） | | | | | | |