

### 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 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						
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(原本)						