様式第３号

届出日：　　　年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

 事業者（開設者）

 　　　　　　　　　　　　　　 所在地：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：

群馬県介護支援専門員実務研修実習受入事業所登録取下げ届

　　介護支援専門員実務研修実習受入事業所の登録について、下記のとおり取り下げたく届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 　取下げ事由が　生じた日 |  年　　　　　月　　　　　日 |
|  事 業 所 | 　　事業所名称 |   |
| 　事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　所在地 |  （〒　　　　－　　　　）　群馬県 |
| 　電話番号 |  |  FAX番号 |  |
| 　管理者氏名 |  | 介護支援専門員番号 |  |
| 　取下げ事由 |  |
| 　備　考 |  |