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 | |  | | | | | | | | | | | |