

様式第7号

介護支援専門員登録消除申請書

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

郵便番号 (〒 -)

住 所

氏 名 印
(自署の場合は押印省略可)

電話番号 (- -)
※日中連絡が取れる電話番号をご記入ください

介護保険法第69条の6の規定により、次のとおり介護支援専門員資格登録簿からの登録の消除を申請します。

フリガナ			生年月日	(西暦) 年 月 日
氏 名	(姓)	(名)		
介護支援専門員 登録番号			登録年月日	平成 令和 年 月 日
登録の消除を 申請する理由				

添付書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書(携帯用含む)の原本
---------------	---

介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書(携帯用含む)の原本が添付できない場合
その理由 紛失 ・ その他 ()