

別記

第5号様式(第6条関係)

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

日中連絡先 () -

※日中連絡先には、勤務先など日中確実に連絡が取れる番号を記載してください。

介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の6第1項第1号の規定に基づき、下記により、
介護支援専門員の登録の消除を申請します。

記

1	フリガナ	
	氏 名	
2	登録番号	
3	登録消除を申請する理由	
4	添付書類	介護支援専門員証(原本) ※介護支援専門員登録証明書(本体, 携帯用)含む。
介護保険室記載欄		