

様式第6号

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

愛知県知事殿

住所 (〒 -)

氏名

電話番号

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。

登録番号		登録年月日	(西暦) 年 月 日
フリガナ	(姓)	(名)	(西暦)
氏名		生年月日	年 月 日
登録の消除を申請する理由			

所管課記載欄 ※申請者による記載は不要

- 備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
2 添付書類等
介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書A4版及び同携帯用