

平成 年 月 日

介護支援専門員登録消除申請書

青森県知事 殿

〒 _____
申請者 住所
氏名
連絡先電話番号



介護保険法第69条の6の規程により、次のとおり介護支援専門員の登録の消除を申請します。

登録番号									※ 8桁の番号を記載すること
フリガナ								生年 月日	(西暦) 年 月 日
氏名									
登録の消除を申請する理由									

(注) 添付書類
介護支援専門員証