第９号様式

　　　　年　　　　月　　　　日

介 護 支 援 専 門 員 証 返 納 書

青 森 県 知 事　殿

〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

氏名

介護保険法第６９条の７第６項又は介護保険法施行規則第１１３条の２５第４項の規定により、介護支援専門員証を返納します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | ※　８桁の番号を記載すること |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | 生年  月日 | | (西暦)  　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　　名 |  | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅・携帯・勤務先・その他（　　　　　　　）  　（　　　　　　）　　　　　　－ | | | | | | | | |
| 返納する理由  ※該当する□にレ点をつけてください。 | □ 介護支援専門員の登録が消除された   * 介護支援専門員証の有効期間が切れた * 紛失により介護支援専門員証の再交付を受けたが、紛失した介護支援専門員証を発見した * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

（ 注 ）添付書類

　　　　介護支援専門員証