第５号様式

　　　　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の規定により、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 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 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