

## &lt; 介護支援専門員登録消除申請書 &gt;

フリガナ			生年 月日	昭和・平成 年 月 日
氏名	(姓)	(名)		
住所	〒			
登録番号 *8桁の番号			介護支援専門員証 交付の有無	有 ・ 無
電話番号				
メールアドレス				
登録消除を 申請する理由				
添付書類	・(交付されている場合) 介護支援専門員証の原本 ・本人確認書類			

以下、署名してください。

上記により、介護保険法第69条の6第1号に基づき、届出します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

氏 名

なお、添付書類である介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に、署名してください。

兵庫県知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。

亡失した介護支援専門員証を発見したときは、直ちに返納します。

氏名 \_\_\_\_\_