

様式第 9 号

介護支援専門員証返納届出書

年 月 日

(宛先)秋田県知事

届出者氏名

介護保険法第 6 9 条の 7 第 6 項、第 7 項又は介護保険法施行規則第 1 1 3 条の 2 5 第 4 項の規定により、介護支援専門員証の返納を届け出ます。

フリガナ								
氏名								
生年月日	西暦		年		和暦		年 月 日	
登録番号								
フリガナ								
住所	〒 —							
電話番号	電話番号 ( ) ※平日の日中に連絡可能な番号を記載してください。							
返納理由	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録が消除された <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の有効期間が満了した <input type="checkbox"/> 介護支援専門員としての業務の禁止の処分を受けた <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
添付書類	<input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員証の原本							