様式第４号

　　　　年　　月　　日

（宛先）

秋田県健康福祉部長

（申請者）

法人名称

代表者名

秋田県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下届

秋田県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録について、登録を取り下げたく、次のとおり届出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 現在の登録内容 | 法人名 |  | |
| 事業所番号 |  | |
| 事業所名称 |  | |
| 事業所 代表者名 |  | |
| 事業所所在地 | 〒 | |
|  | |
| 連絡先（電話番号） | TEL | FAX |
| メールアドレス |  | |
| 担当者名（管理者等） |  | |
| 取下理由 |  | | |