

### 介護支援専門員登録消除申請書

令和 年 月 日

(あて先)

秋田県知事

申請者

氏 名

印

介護支援専門員の登録の消除を申請したいので、介護保険法第69条の6第1項第1号の規定により、関係書類を添えて申請します。

登録の消除を申請する事由										
フリガナ			登録番号							
氏 名			生年月日	西暦	年	和暦	年	月	日	
フリガナ										
住 所	〒 —									
電話番号	連絡先の種別 (○をつける) 自宅・携帯電話・職場 (事業所名 : )  電話番号 ( ) ※県からの問い合わせに使用しますので、平日の日中に連絡可能な番号を記載してください。									
添付書類	<input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員登録証明書 (原本) 又は介護支援専門員証 (原本)									