

様式第 5 号

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

(宛先) 秋田県知事

申請者氏名

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 6 9 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。

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。							
登録の消除を申請する事由								
添付書類	<input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員登録証明書の原本 <input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員証の原本 ※ 一方しか所持していない場合は、登録証明書又は専門員証のどちらかを所持しているものを提出してください。							

※ この様式は、自らの意思で介護支援専門員の登録の消除を申請する場合に使用します。