

(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			