

様式第7号
(登録削除)

介護支援専門員登録消除申請書

愛知県知事 殿

介護保険法第69条の6の規定により、次のとおり介護支援専門員資格登録簿からの登録の消除を申請します。

		申請年月日	(西暦)	年	月	日	
登録番号			登録年月日	(西暦)	年	月	日
フリガナ				(西暦)	年	月	日
氏名	(姓)	(名)	生年月日	(西暦)	年	月	日
住所	フリガナ (〒 -)						
電話番号	自宅 () - 昼間連絡先 () - ※どちらか連絡可能な番号を必ず御記入ください。						
登録の消除を申請する理由							

添付書類 チェック欄	<input type="checkbox"/>	○介護支援専門員証又は介護支援専門員登録証明書A 4版及び同携帯用
---------------	--------------------------	-----------------------------------

添付書類である介護支援専門員証（又は登録証明書）を亡失された場合は以下に署名すること。

申請に必要な介護支援専門員証について不明ですので、今回の介護支援専門員証の返納において御配慮願います。なお、発見した場合は速やかに返納します。

氏名

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A 4とする。