

## 登録の消除申請書

年            月            日

大分県知事 殿

氏名

(

 勤務先            —            —  
 電話  
 携 帯                —            —
 
)

介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の6第1号の規定に基づき、登録の消除を申請します。

ふりがな													
氏名													
生年月日 (西暦)					年					月			日
住所	〒				—					/			
登録番号 (8ケタ)										/			
登録年月日 (西暦)					年					月			日
添付書類	○介護支援専門員証(写真入り)または介護支援専門員登録証明書 (原本を添付すること。写しは不可) (介護支援専門員登録証明書はA4版と携帯用) (亡失等した場合は、介護支援専門員証亡失等の届出書〔別紙様式〕 を添付すること)												
備考													