

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

千葉県知事 様

(申請者) 住 所 〒 ー

氏 名
電話番号

介護保険法第69条の6第1号の規定により、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

登録番号										
登録年月日(西暦)				年			月			日
消除を申請する理由										

【添付書類:チェックをお願いします】

介護支援専門員証(原本)

(介護支援専門員登録証明書の場合は、携帯用及び賞状様の両方)

【記入上の注意】

登録年月日は、西暦で記載すること。

県受付印