様式第１２号

介 護 支 援 専 門 員 登 録 消 除 申 請 書

令和　　　年　　　月　　　日

香 川 県 知 事　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 郵便番号 | 〒 |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

　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の登録の消除を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏　　名 |  |
| 生年月日 | (西暦)　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 住　　所 | (〒　　　－　　　　) |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員登録年月日 | (西暦)　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| 登録消除を申請する理由 |  |

(添付書類)

　下記の書類のうち交付を受けているもの

　　・介護支援専門員証

　　･介護支援専門員登録証明書（本体・携帯用）