第４号様式

年　　月　　日

香川県健康福祉部長寿社会対策課長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 法人・事業所名 |  |
| 代表者氏名 |  |

香川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

　年　月　日付けで承認のあった標記登録について、下記のとおり取り下げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の登録事業所内容 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | | |  | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 特定事業所加算の有無 | Ⅰ　　・　　Ⅱ　　・　　Ⅲ　　・　　無 | | | | | | | | | | | | |
| 取下理由 | |  | | | | | | | | | | | | |