別記様式第５号（第６条関係）

介護支援専門員登録消除申請書

　　年　　月　　日

　栃木県知事　様

（申請者）

氏名

〒

住所

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  　　　　　都道　　　　　　区市  府県　　　　　　町村 | | | | | | | | | | |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |
| 消除を申請する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | ・介護支援専門員証（介護支援専門員証の交付を受けている場合） | | | | | | | | | | |

【注意事項】

１．生年月日は西暦で記載すること。