

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 氏 名		生年月日	年 月 日
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。