（別記様式４）

第　　　　号

令和　　年　　月　　日

　栃木県知事　　　　　　　　　様

住所

（法人の場合は、主たる事業所の住所）

申請者　氏名

（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

栃木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

　栃木県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録について、下記のとおり取下げたく届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取下げをする事業所 | 事業所番号 |  |
| 事業所名称 | （フリガナ） |
|  |
| 事業所住所 | (郵便番号　　　　－　　　　　) |
| 取下げの事由が生じた日 | 年　　　月　　　日 |
| 取下げ理由 |  |
| 担当者 | 氏　名 |  |
| 連絡先 |  |
| Fax番号 |  |

※備考：取下げする日の1ヵ月前までに届出てください