

(第5号様式)

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

熊本県知事 様

氏 名
電話番号

下記のとおり、介護支援専門員の登録消除を申請します。

なお、介護保険制度の適正な運営に必要があると県が認める場合は、県が他の行政機関及び指定研修実施機関に本書に記載した事項を提示することに同意します。

記

1 申請者

フリガナ									
住所	〒								
介護支援専門員証 登録番号									

2 申請事由

申請事由発生日	年 月 日
申請事由（申請事由を記入してください。）	

添付書類

- ・ 介護支援専門員証の原本（証を紛失した場合は紛失届（第8号様式））