

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

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

申請者	フリガナ	
	氏名	印

※氏名は自筆による署名及び押印

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。

生年月日 (西暦で記載)					年			月			日
住 所	〒 — 電話番号： — —										
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）										