

様式第12号

介護支援専門員登録消除申請書

令和 年 月 日

香川県知事 殿

申請者	郵便番号	〒
	住所	
	氏名	
	電話番号	

介護保険法第69条の6の規定により、次のとお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	(西暦) 年 月 日
住所	(〒 - )
登録番号	
介護支援専門員 登録年月日	(西暦) 年 月 日
登録消除を 申請する理由	

(添付書類)

下記の書類のうち交付を受けているもの

- ・介護支援専門員証
- ・介護支援専門員登録証明書(本体・携帯用)