

介護支援専門員登録消除申請書

(様式6)

登録番号	
介護支援登録証明書 又は 介護支援専門員証 の有無	有 ・ 無
氏 名	(加) -----
生 年 月 日	年 月 日
登録消除を申請する理由	

上記により、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

年 月 日 住 所 〒

昼間連絡先 TEL () -

(自宅・勤務先・携帯)

※あてはまるものに○をすること

氏 名

京 都 府 知 事 様

※ 添付書類

- ・ 介護支援専門員証 (原本) または介護支援専門員登録証明書 (原本) (A4版・携帯用とも)

高齢者支援課記載欄 (本欄には記載しないこと)

--