

(第5号様式)

京都府介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下申請書

令和 年 月 日

京都府知事 殿

所在地

事業所名称

事業所代表者

印

京都府介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録について、登録を取り下げたく、下記のとおり申請します。

記

事業所	項目	内容			
	法人名				
	事業所番号				
	事業所名				
	フリガナ 事業所代表者名				
	住所	(郵便番号 ー)			
	連絡先	電話 番号		F A X 番号	
	フリガナ 担当者				
実習受入協力体制が 確保できなくなった 日又は予定日	年 月 日				
取り下げ理由					

※ 「印」は事業所印もしくは法人印を押印ください。