

(様式5)

介護支援専門員登録消除申請書

西暦 年 月 日

神奈川県知事 殿

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		生年月日 (西暦)	西暦 年 月 日生
氏名			
フリガナ			
現住所	〒 ー 都道府県		
電話番号	自宅 ー ー	日中の連絡先(勤務先・携帯・その他) ー ー	
登録番号			
消除の理由			
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 (交付を受けている場合のみ)		

※1 「氏名」欄に記載する氏名は、戸籍に記載されている文字を使用の上、必ずフリガナを付すこと。日本国籍を有しない方については、介護支援専門員証に記載されている氏名を記入すること。

※2 「生年月日」、「資格有効期間満了日」欄は、西暦で記入すること。

※3 「現住所」欄は、住民票に記載されている内容で記入すること。必ずフリガナを付し、郵便番号、都道府県名、市区町村名、地番、〇〇様方・〇〇号室など正確に記入すること。

※4 「電話番号」は、申請内容に関して確認をする場合があるため、平日の日中に連絡可能な番号を必ず記入すること。

※5 「登録番号」欄は、介護支援専門員登録番号(8桁)を記入すること。