

## 介護支援専門員登録消除申請書

|           |                      |  |   |   |  |  |  |
|-----------|----------------------|--|---|---|--|--|--|
| フリガナ      | ※必ず記入してください          |  |   |   |  |  |  |
| 氏名        |                      |  |   |   |  |  |  |
| 生年月日      | 西暦( )/昭和・平成( )年      |  | 月 | 日 |  |  |  |
|           | ※西暦、和暦を併記してください      |  |   |   |  |  |  |
| フリガナ      | ※必ず記入してください          |  |   |   |  |  |  |
| 住所        |                      |  |   |   |  |  |  |
| 郵便番号      | ( - )                |  |   |   |  |  |  |
| 昼間連絡先電話番号 | - -                  |  |   |   |  |  |  |
|           | (自宅・勤務先・携帯電話・その他( )) |  |   |   |  |  |  |
| 登録番号(8桁)  |                      |  |   |   |  |  |  |

介護保険法第69条の6第1号の規定により、登録の消除を申請します。

年 月 日

鳥取県知事 様

添付書類の介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に署名してください。

鳥取県知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。  
亡失した介護支援専門員証を発見した時は、直ちに返納します。

氏名 \_\_\_\_\_

添付書類

介護支援専門員証原本(交付されている場合)