

別記第5号様式（第6条関係）

介護支援専門員登録消除申請書

山口県知事 様

申 請 日	年 月 日
申請者氏名	※自署のこと

下記のとおり介護支援専門員の登録を消除したいので、介護保険法第69条の6第1号の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

フリカゝナ			生年月日 (西暦)	年 月 日				
氏 名	(姓)	(名)						
フリカゝナ								
住 所	〒							
介護支援専門員登録番号								
登 録 年 月 日	※介護支援専門員登録証明書もしくは介護支援専門員登録通知に記載された年月日を記入。不明な場合は空欄で可。 (西暦) 年 月 日							
現 登 録 都 道 府 県								
勤務(又は予定)事業所								
勤務(又は予定)事業所の住所								
連 絡 先	(所属事業所名)							
※右記のいずれも該当がない場合は、携帯欄に自宅電話番号を記入すること	(事業所電話番号) ー ー							
	(携帯電話番号) ー ー							
添付書類（各自添付したことを確認の上、チェックボックスにチェックすること）								
☐ 現に有する介護支援専門員証（旧介護支援専門員登録証明書）の原本								

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。