

(様式第8号)

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

住 所：

申請者 氏 名：

日中の連絡先： - -

介護保険法第69条の6第1項の規定により、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	年 月 日
氏 名	(姓)	(名)		
住 所	フリガナ 〒 - 都・道 区 府・県 市・郡			
	フリガナ			
登録番号			登録年月日	年 月 日
申請理由				
添付書類	介護支援専門員証			

お預かりした個人情報は、介護支援専門員としての資格管理のためにのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラム (<http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html>) をご覧ください。お問い合わせは、県長寿社会課 介護指導担当までお願いします。[0952-25-7105 (直通)、mail:tyoujyusyakai@pref.saga.lg.jp]