年　　月　　日

高知県知事　様

開設者　所在地

　　　名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

高知県介護支援専門員実務研修見学実習受入協力事業所登録取下申請書

　　　　　年　　月　　日付け　　高高齢第　　　　号で決定のあった高知県介護支援専門員実務研修見学実習受入協力事業所について、以下のとおり登録を取下げたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | | |
| 事業所所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | |
| 連絡先 | TEL |  | | FAX |  |
| 取下理由 | | |  | | |