

第7号様式（第6条関係）

年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所

氏名 ㊟

電話番号

介護支援専門員登録消除申請書

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号の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。

介護支援専門員 の登録の消除を 申請する理由	
フリガナ	
氏 名	
フリガナ	(郵便番号 )
住 所	
生年月日	年 月 日
登録番号	
添付書類	現在交付を受けている介護支援専門員証（介護支援専門員証の交付を受けていない場合は、介護支援専門員登録証明書及び介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書）
その他参考事項	

注 「登録番号」欄は、現在交付を受けている介護支援専門員証（介護支援専門員登録証明書又は介護支援専門員の登録をした都道府県知事の登録通知書）に記載されている登録番号を記入してください。