

改正後

第8号様式（第6条関係）

第8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。

フリガナ	
氏名	
フリガナ	
住所	(郵便番号 -)
生年月日	年 月 日
登録番号	
介護支援専門員の登録の消除を申請する理由	
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の原本若しくは写し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の原本若しくは写し）
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又は介護支援専門員登録証明書若しく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。

改正前

第8号様式（第6条関係）

第8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。

フリガナ	
氏名	
フリガナ	
住所	(郵便番号 -)
生年月日	年 月 日
登録番号	
介護支援専門員の登録の消除を申請する理由	
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の原本若しくは写し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の原本若しくは写し）
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又は介護支援専門員登録証明書若しく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。