

登録の消除申請書

年 月 日

沖縄県知事 様

氏名

印

（ 携帯番号：
その他連絡先（職場等）：

※平日の日中に連絡可能な番号を記入してください。

介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の6第1項第1号の規定に基づき、登録の消除を申請します。

記

登録番号									
ふりがな 氏名									
生年月日	年 月 日								
住所	〒								
備考									

（注意事項）

介護支援専門員証の原本を添付すること。なお、原本を郵送で提出する場合には、事故等による紛失を避けるため「簡易書留」での郵送を推奨する。