（様式第７号）

介護支援専門員登録消除申請書

年　　月　　日

長崎県知事　様

住　　所：

申請者　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号：　　　　－　　　　－

（日中の連絡先　　　－　　　　－　　　　）

介護保険法第６９条の６第１号の規定に基づき、登録の消除を申請します。

フリガナ			生 年 月 日	西暦　　　年 月　　日
氏　　名	（姓）	（名）		
住　　所	郵便番号　□□□－□□□□			
	フリガナ			
	都・道　府・県　　郡　市　　町			
	フリガナ			
	（アパート・マンション・寮の名称・号室）			
登録番号		登　録 年月日	年　　月　　日	
添付書類	□　介護支援専門員証（介護支援専門員登録証明書を含む。） ＊交付されている方のみ			
消除を申請する理由				