

登録の消除申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

氏 名

〔 昼間連絡のつく連絡先電話番号
（自宅・携帯電話・勤務先・その他（ ））
— — 〕

介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の6第一号の規定に基づき、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交付を受けている場合は添付すること。