

介護支援専門員登録消除申請書

年 月 日

大 阪 府 知 事 様

住 所 〒 -

申請者氏名

登 録 番 号

介護保険法第69条の6第1号の規定により、介護支援専門員の登録の消除を申請  
します。

昼間連絡のつく連絡先電話番号(携帯・自宅・勤務先・その他( ))

\_\_\_\_\_