

(様式第 6 号) 令和 8 年 4 月 1 日～

介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ		
氏名	(氏)	(名)
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年 (年) 月 日	
フリガナ		
郵便番号・ 現住所(自宅)	〒 都道府県	
電話番号 (日中連絡可)	携帯:	勤務先:
登録番号		
申請理由		
添付書類	1 介護支援専門員証の原本(紛失している場合 紛失届) 2 介護支援専門員証を有しない場合 介護支援専門員登録通知書の写し又は旧「介護支援専門員登録証明書」(A 4 版・携帯用の両方)の写しのいずれか一つ(いずれも紛失している場合 紛失届)	

上記のとおり、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

申請年月日 年 月 日

広島県知事 様

(申請者：介護支援専門員)

氏名

注 1 生年月日は、和暦、西暦を併記すること。
2 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 とする。