

介護支援専門員登録消除事由届出書

1	介護支援専門員	フリガナ							
		氏名							
		生年月日	年		月		日		
		住所	〒 ー						
		登録番号							
2	届出が必要な事由が発生した日	年		月		日			
3	届出理由 ※ 右記の事項のうち、該当する番号を○で囲んでください。	① 死亡 ② 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者 ③ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者 ④ 介護保険法等の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者							

上記により、届け出ます。

年 月 日

〒 ー

住 所

氏 名

(届出に係る介護支援専門員との続柄)

電話番号 ー ー

石 川 県 知 事 様

※ 添付書類

1. 届出にかかる事由の発生を証明する書類
2. 介護支援専門員証