（様式第８号）

介護支援専門員登録消除申請書

年　　月　　日

佐賀県知事　様

住　　所：

申請者　氏　　名：

日中の連絡先：　　ー　　ー

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

フリガナ 氏　　名	（姓）	（名）	生年月日	年　　月　　日
住　　所	フリガナ 〒　　ー 都・道 府・県 区 市・郡 フリガナ			
登録番号			登録年月日	年　　月　　日
申請理由				
添付書類	□ 介護支援専門員証			

お預かりした個人情報は、介護支援専門員としての資格管理のためにのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラム（http://www.pref.saga.lg.jp/web/privacypolicy.html）をご覧ください。お問い合わせは、県長寿社会課 介護人材担当までお願いします。[℡0952-25-7105（直通）、mail:tyoujyusyakai@pref.saga.lg.jp]