

介護支援専門員証返納書

年 月 日

千葉県知事 様

介護保険法第69条の7第6項又は介護保険法施行規則第113条の25第4項の規定により、介護支援専門員証を返納します。

（フリガナ） 氏 名	（ ）
生年月日（西暦）	年 月 日
住 所	〒 -
電話番号	（自宅） - -
	（携帯） - -
登録番号	
登録年月日（西暦）	年 月 日
介護支援専門員証 返納理由 *該当する□にレ点を 付けてください。	<input type="checkbox"/> 登録が削除された <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の有効期間が切れた <input type="checkbox"/> 紛失した介護支援専門員証を発見した

【添付書類:チェックをお願いします】

介護支援専門員証(原本)

(介護支援専門員登録証明書の場合は、携帯用および賞状様の両方)

【記入上の注意】

- 1 生年月日及び登録年月日等は、西暦で記載すること。
- 2 電話番号欄については、この申請書について確認する場合があります
で、携帯電話をお持ちの方は携帯電話番号も併せて記入願います。

県受付印

県受付印