様式第５号

平成　　　年　　　月　　日

社会福祉法人茨城県社会福祉協議会

会　長　　関　正　夫　様

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

茨城県介護支援専門員実務研修　実習受入協力事業所　登録解除申請書

介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所の登録解除について、下記のとおり、申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒　　　　- | | | |
|
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 代表者名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 事業開始年月日 | | 年　　　　月　　　　　日 | | |
| 登録解除の理由 | |  | | |