

(別紙)

鹿児島県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下届

令和 年 月 日

鹿児島県保健福祉部高齢者生き生き推進課長 様

事業所名称  
事業所代表者

令和 年 月 日付け(高生第 号)で登録決定のあった鹿児島県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録について、登録を取り下げたく、下記のとおり申請します。

記

事業所登録内容									
事業所番号	4	6							
法人名									
事業所名									
事業所代表者	職名				氏名				
事業所所在地	(〒 - )								
電話番号		-	-		FAX 番号		-	-	
特定事業所加算算定区分	I ・ II ・ III ・ 算定なし								
取下げに関する事									
取下げ理由									
取下げ理由発生日	令和 年 月 日								

- ※ 今年度発行した「鹿児島県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録決定通知書」の原本を添付の上、鹿児島県保健福祉部高齢者生き生き推進課まで郵送ください。
- ※ 取下げ申請に基づき、登録取り消しとなった場合には、後日、取消決定通知書を発行いたします。