

(第5号様式)

大分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

年 月 日

大分県知事 殿

所在地
事業所名
事業所代表者

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所について、下記のとおり登録を取下げたく、必要書類を添えて申請します。

記

| | 項目 | 内容 | | |
|---------|-------------------------|--------|-------|--|
| 登録内容 | 法人名 | | | |
| | 事業所番号 | | | |
| | 事業所名 | | | |
| | 事業所代表者 | | | |
| | 住所 | (〒 -) | | |
| | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | 担当者名 | | | |
| 取得加算区分 | I ・ II ・ III ・ A ・ 算定なし | | | |
| 取下理由発生日 | 年 月 日 | | | |
| 取下理由 | | | | |

《添付書類》

大分県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録確認書(原本)