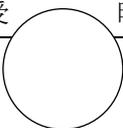


様式第14号 (第13条関係)

| | | | | | |
|--|-------|-------------------|-------------|------|--|
| 受 付 印  | | 介護支援専門員登録消除申請書 | | 登録番号 | |
| 年 月 日 岩手県知事 様 | 申 請 者 | 住 所 | フリガナ 氏 名 | 申請事由 | |
| | | (〒 -) | | | |
| | | 電話番号 | 生年月日 (西暦) | | |
| | | | 年 月 日 | | |

申請事由を記入し
 てください。

備考 介護支援専門員証を添付してください。