

(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)