

(様式第12号)

介護支援専門員証返納届出書

(あて先)

埼玉県知事

以下のとおり、介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)もしくは介護支援専門員証(主任介護支援専門員証)を返納します。

※太枠内の項目を記入してください。日付はすべて西暦で記入してください。

届出日				年			月			日
フリガナ										
氏名										
生年月日				年			月			日
介護支援専門員登録番号										
登録日				年			月			日
有効期間満了日				年			月			日
主任有効期間満了日				年			月			日
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	フリガナ									
連絡先電話番号	自宅： - -					日中の連絡先： - -				
返納理由	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(主任介護支援専門員証)の再交付を受けた後、亡失した介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)の原本もしくは介護支援専門員証(主任介護支援専門員証)の原本を発見した。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の添付が必要な各種申請・届出時に、亡失により添付できなかった介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)の原本もしくは介護支援専門員証(主任介護支援専門員証)の原本を発見した。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録が削除された。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)もしくは介護支援専門員証が効力を失った。 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員証が効力を失った。 <input type="checkbox"/> その他 ()									
備考										
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録証明書(A4判と携帯用)の原本 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の原本 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員証の原本									

埼玉県使用欄
事務処理日
証(旧証)返納

NC

C