

(様式第5号)

埼玉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

(宛先)

埼玉県知事

所在地

事業所名称

事業所代表者

年 月 日付け(番号)で承認のあった標記登録について、下記のとおり取り下げたく届出します。

記

	項目	内 容			
く だ さ い。 (承認時の登録内容をご記入)	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				
内 容	取下理由				