（様式第５号）

長野県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取り下げ届

令和　　年（　　　年）　　月　　日

（長野県指定介護支援専門員研修実施機関）

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長　様

　事業所名

　 　事業所代表者　　　　　　　　　　　　公印

　令和　　年　　月　日付け（番号）にて承認いただいた標記について、登録を取り下げたく、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 事業所分類 | 施設　　居宅　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 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 | 取り下げ理由 |  | | | | | | | | | | | |