（様式第５号）

宮城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）

宮城県知事　　　　　殿

　所在地

事業所名

　 　事業所代表者

　宮城県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録について、登録を取り下げたく、下記のとおり届出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内　　容 | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 法人名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所代表者 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | （〒　　‐　　　） | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　－ | | | | FAX番号 | | | －　　　－ | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | | | | | | | |
| 内容 | 取り下げ理由 |  | | | | | | | | | | | |