

(記 入 例)

(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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先)

埼玉県知事

承認通知書に記載
の年月日及び承認
番号を記入。

所在地 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1
事業所名称 居宅介護支援事業所コバトンケア
事業所代表者 彩之 国子

押印は不要です。

(元号) 〇〇年〇〇月〇〇日付け第〇〇〇-〇〇〇〇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	株式会社こぼとん
	事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	事業所名	居宅介護支援事業所コバトンケア
	事業所代表者	彩之 国子
	住所	(〒330-9301) 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1
	電話番号	000-000-0000 FAX 番号 000-000-0000
	担当者名	埼玉 太郎
内 容	取下理由	主任介護支援専門員の退職により、実習受入れが困難になるため。