（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 |
| （承認時の登録内容をご記入　ください。） | 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 |  |