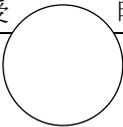


様式第13号（第12条関係）

受 付 印 	介護支援専門員登録消除届		介護支援専門員登録番号	
			介護支援専門員の氏名	
年 月 日  岩手県知事 様	届 出 者 住 所		届 出 者 氏 名	
	(〒      -      )			
	電話番号			
			介護支援専門員との続柄	
			該当事項の番号に○印を付して下さい 1 親族      2 法定代理人 3 本人	
		届 出 事 由 発 生 年 月 日		
		年      月      日		
届 出 事 由	該当する事項の番号に、○印を付してください。 1 死亡 2 登録を受けている者が心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるものに該当 3 禁固以上の刑に処させられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者に該当 4 介護保険法施行令第35条の2で定める法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者に該当			

**除籍抄本等です。**

備考 1 届出事由を証する書面を添付してください。  
 2 介護支援専門員証は、交付を受けた都道府県知事に返納してください。