

(第5号様式)

京都府介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録取下申請書

令和 年 月 日

京都府知事 殿

所在地
事業所名称
事業所代表者

京都府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、下記のとおり申請します。

記

事業所	項目	内容		
	法人名			
	事業所番号			
	事業所名			
	フリガナ			
	事業所代表者名			
	住所	(郵便番号)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
実習受入協力体制が確保できなくなった日又は予定日	年 月 日			
取り下げ理由				