

第4号様式

年 月 日

香川県健康福祉部長寿社会対策課長 様

所 在 地

法人・事業所名

代表者氏名

香川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 日付け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ます。

現在の登録事業所内容	法人名							
	事業所番号							
	事業所名							
	代表者名							
	住所	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	担当者名							
	特定事業所加算の有無	I ・ II ・ III ・ 無						
取下理由								