**介護保険認定調査員証返納書**

　令和　　年　　月　　日

吹田市長　宛

所在地

捨印

事業所名

代表者職名

及び代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　（事業所番号：　　　　　　　　　　　　　　　）

下記の者の調査員証を　**有効期間満了 ・ その他** （理由　　　　　　　　　）

により返納いたします。

|  |
| --- |
| **調　査　員　氏　名** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |