

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

法人名

代表者職名
及び代表者名

事業所名：
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	