

介護支援専門員証交付申請書

ふりがな	
氏名	
生年月日	(西暦) 年 月 日
ふりがな	
住所	〒 都道 区市 府県 町村
介護支援専門員 実務研修修了日	(西暦) 年 月 日
登録番号	

介護支援専門員証の交付を受けたいので、介護保険法第69条の7第1項の規定により申請します。

令和 年 月 日

島根県知事 様

申請者

住 所

氏 名

⑩

連絡先 () ー

島根県収入証紙貼付欄(4, 200円)

- ※本人確認ができる書類(住民票、健康保険証・運転免許証・パスポートの写し等)と、6ヶ月以内に撮影した、無帽・正面・上半身・無背景の写真(縦3cm×横2.4cm)を1枚添付すること
- ※実務研修修了後、5年を経過している場合は再研修修了証書の写しを添付、または裏面証明欄に証明を得ること
- ※登録の移転申請を併せて行う場合は、枠内の氏名・生年月日・住所・研修修了日・登録番号の記入は必要ありません

証 明 欄

下記の者は、介護保険法第69条の7第2項に規定する再研修を修了したことを証明します。

研修受講者氏名

修了年月日 令和 年 月 日

証明者

住 所

氏 名

㊟

連絡先 () ー