

(様式第1号)

介護支援専門員登録申請書

年 月 日

長崎県知事 様

住 所：

申請者 氏 名：

電話番号： - -

(日中の連絡先 - -)

介護保険法施行規則第113条の7の規定により、同法第69条の2第1項に規定する登録を申請します。

また、介護保険制度の適正な実施を図るために必要があるときは、登録された事項を国及び他の都道府県に提示することに同意します。

フリガナ			生 年	西 暦	年
氏 名	(姓)	(名)	月 日	月	日
住 所	郵便番号				
	フリガナ				
	都・道 府・県	郡 市	町		
	フリガナ				
	(アパート・マンション・寮の名称・号室)				
介護支援専門員実務研修修了年月日	年 月 日				
添付書類	<p><u>誓約書(様式第2号)</u></p> <p><u>住民票の抄本</u></p> <ul style="list-style-type: none">* 氏名及び住所がわかる部分が記載されているもので、発行日から6ヶ月以内のもの* 「マイナンバー」の記載がある住民票は受付できません。記載がないものを提出してください。* 県内に住所を有する方で、住民基本台帳ネットワークシステムを利用して、県が直接確認することに同意いただければ添付は不要です。 <p>同意の場合は右欄に を記入してください。 同意する()</p> <p>実務研修修了書の写し</p>				