

(様式第3号)

### 介護支援専門員登録移転申請書

年 月 日

長崎県知事 様

住 所：

申請者 氏 名： 印

電話番号： - -

(日中の連絡先 - - )

介護保険法第69条3の規定により、登録の移転を申請します。

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)				
登録番号			移転前の 都道府県		都・道 府・県
移転後の 就業先 (予定)	事業者等の種類 (該当する にレ印)		居宅介護支援事業者(基準該当居宅介護事業者を含む) 特定施設入所者生活介護(介護予防サービスを含む) 小規模多機能型居宅介護(介護予防サービスを含む) 認知症対応型共同生活介護(介護予防サービスを含む) 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護保険施設 介護予防支援事業者(基準該当介護予防支援事業者を含む) 地域包括支援センター		
	事業所	名 称			
		所在地	〒 - -		
	電話番号	- -	事業所番号		

(注意事項)

- この申請書は、長崎県以外の都道府県の登録から長崎県の登録への移転申請に使用します。
- この申請書は、現在、登録している都道府県に提出してください。介護支援専門員証(介護支援専門員登録証明書を含む)をお持ちの方は、あわせて提出してください。
- 介護支援専門員証の交付を受ける場合は、「介護支援専門員証交付申請書(様式第10号)」をあわせて提出してください。

