（第２号様式）

介護支援専門員登録移転申請書

年　　月　　日

熊本県知事　様

氏　　名

電話番号

下記のとおり、登録移転を申請します。

なお、介護保険制度の適正な運営に必要があると県が認める場合は、県が他の行政機関及び指定研修実施機関に本書に記載した事項を提示することに同意します。

記

１　申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 住所 | 〒 |
| 介護支援専門員証登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　登録移転

|  |  |
| --- | --- |
| 現在登録している都道府県 | （　　　　　　）　都　・　道　・　府　・　県 |
| 移転後の就業先（予定）（該当に〇をすること） | 有 | 事業所名 |  | 無 |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

　添付書類

　・　介護支援専門員証の写し（証を紛失した場合は紛失届（第８号様式））又は介護支援専門員登録証明書の写し