（別紙）

**介護支援専門員証の有効期間満了日を主任介護支援専門員更新**

**研修修了証明書の有効期間満了日に置き換えしない旨の申出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 介護支援専門員登録番号 |  |
| 現住所 | 〒 |
|  |
|  |
| 電話番号（日中、連絡がとれる電話番号） |  |

介護支援専門員証の有効期間満了日を、主任介護支援専門員更新研修

修了証明書の有効期間満了日に置き換えしないことを希望します。

熊本県知事　　様

　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　氏　名