

介護支援専門員登録移転申請書

年 月 日

群馬県知事 へ

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則113条の10の規定に基づき、介護支援専門員の登録の移転を申請します。

申請者(本人)

連絡先電話番号

記

|                  |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ             |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名              |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号<br>[マイナンバー] |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 郵便番号             | 〒                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ             |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所              | 都道 区市 町<br>府県 郡 村                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日             | 年 月 日                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 登録番号             |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 移転前の都道府県名        |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤務(予定)事業所名       |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 勤務(予定)事業所所在地     |                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 添付書類             | <input type="checkbox"/> 個人番号[マイナンバー]に関する番号確認書類及び身元確認書類<br><input type="checkbox"/> 勤務先事業所の雇用証明または雇用通知の写し<br>(群馬県内に住所を有する者は不要) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |