別記様式第４号

**介護支援専門員登録移転申請書**

年　　　　月　　　　日

　群馬県知事　　あて

　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[マイナンバー] |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 郵便番号 | 　〒 |
| フリガナ |  |
| 住　　所 | 　　　　 　　都道　　　　 　　区市　　　　　　　　　　町　　　　 　　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 | □ 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□ 勤務先事業所の雇用証明または雇用通知の写し　　　（群馬県内に住所を有する者は不要） |
|