

介護支援専門員登録移転申請書（転出）

令和 年 月 日

（あて先）

秋田県知事

申請者

氏 名 印

平日の日中に連絡可能な電話番号

（ ）

連絡先の種別 自宅・携帯電話・勤務先

勤務先の場合：名称（ ）

介護支援専門員の登録を移転したいので、介護保険法第69条の3の規定により、関係書類を添えて申請します。

移転予定の都道府県名		都 道 府 県			
登 録 番 号					
フリガナ		生年月日	西暦	年	和暦
氏 名				月	年
フリガナ					
移転後の住所	〒 —				
添付書類	<input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員証（原本） <input type="checkbox"/> 秋田県外に所在する事業所又は施設で介護支援専門員の業務に従事し、又は従事しようとすることを証する書面又は秋田県外の市町村長が交付した住民票（6ヶ月以内に交付されたもの） <input type="checkbox"/> 移転を希望する都道府県が指定する申請書および添付書類				

※この申請書は、秋田県の登録から秋田県外への登録移転の申請に使用します。

※この申請書は、秋田県知事に提出してください。

《記入例・注意点》

様式第2号

介護支援専門員登録移転申請書（転出）

令和 年 月 日

（あて先）

秋田県知事

申請日時点の氏名を記入し、押印すること

申請者

氏名 秋田 花子 印

平日の日中に連絡可能な電話番号

018(860)1363

連絡先の種別 自宅・携帯電話・勤務先

勤務先の場合：名称（秋田県長寿社会課）

介護支援専門員の登録を移転したいので、介護保険法第69条の3の規定により、関係書類を添えて申請します。

移転予定の都道府県名			〇 〇 都 道 府 県		
登録番号			0	5	0 0 0 × × ×
フリガナ	アキタ	ハナコ	生年月日	西暦19〇〇年 和暦S〇〇年	
氏名	秋田	花子		△月 ×日	
フリガナ	〇〇ケン△シ××チョウ1-1				
移転後の住所	〒000-×××× 〇〇県△市××町1-1			添付書類を確認しレ点を入れること	
添付書類	<input type="checkbox"/> 現に有する介護支援専門員証（原本） <input type="checkbox"/> 秋田県外に所在する事業所又は施設で介護支援専門員の業務に従事し、又は従事しようとするを証する書面又は秋田県外の市町村長が交付した住民票（6ヶ月以内に交付されたもの） <input type="checkbox"/> 移転を希望する都道府県が指定する申請書および添付書類				

※この申請書は、秋田県の登録から秋田県外への登録移転の申請に使用します。

※この申請書は、秋田県知事に提出してください。