

介護支援専門員登録移転申請書

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第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。

年 月 日

東京都知事 殿

氏 名

電 話 番 号

メールアドレス

フリガナ			旧姓または通称名の併記	記載する旧姓または通称名
氏名	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 希望する (希望者のみ <input checked="" type="checkbox"/>)	フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
フリガナ				
住所	〒 ー 都 道 府 県			
個人番号	別添資料のとおり			
移転前登録 都道府県	都 道 府 県			
登録番号	主任介護支援専門員研修(主任更新研修を含む)修了の有無		有 ・ 無	
業務従事先 又は 業務従事予定 先	【事業所名称】			
	【事業所指定番号】			
	【所在地】 〒 ー			
	【電話番号】 ()			
	【事業種別】 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター			

介護支援専門員登録移転申請書

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第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。

令和xx年xx月xx日

東京都知事 殿

氏 名 **東京 太郎**

電 話 番 号 **XXX-XXXX-XXXX**

メールアドレス **XXXX@XXXX**

フリガナ	トウキョウ	タロウ	旧姓または通称名の併記 記載する旧姓または通称名
氏名	(姓) 東京	(名) 太郎	<input type="checkbox"/> 希望する (希望者のみ <input checked="" type="checkbox"/>) フリガナ
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	xx 年 xx 月 xx 日	
フリガナ	トウキョウトチヨダクチヨダクX-X-X 〇〇マンションXXXX		
住所	T XXX-XXXX 東京 都 道 府 県 千代田区千代田X-X-X 〇〇マンションXXXX		
個人番号	別添資料のとおり (記入不要)		
移転前登録 都道府県	〇〇	都 道 府 県	
登録番号	XXXXXXXXXX	主任介護支援専門員研修(主任更新研修を含む)修了の有無	有 ・ 無
介護支援 専門員証 に記載さ れている8 業務従事先 又は 業務従事予定 先	【事業所名称】	〇〇居宅介護支援センター	
	【事業所指定番号】	13XXXXXXXX	
	【所在地】	T XXX-XXXX 東京都中央区中央X-X-X	
	【電話番号】	03 (XXXX) XXXX	
	【事業種別】	<input checked="" type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護に係る指定居宅サービス事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定地域密着型サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定地域密着型介護予防サービス事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	

主任介護支援専門員の方は「有」に○を付けてください