

- ・「登録移転申請連絡票」と「(第6号様式)介護支援専門員証交付申請書」は東京都に提出してください。
- ・「(第2号様式)介護支援専門員登録移転申請書」は現在登録している(移転前の)道府県庁に提出

## 登録移転申請連絡票

(西暦) 年 月 日

氏名	
住所	〒 ー
日中連絡のつく電話番号	
移転前道府県	
介護支援専門員 登録番号	
介護支援専門員 有効期間満了日	年 月 日
主任介護支援専門員研修 (主任更新研修含む) 修了の有無	有 ・ 無

※連絡先(日中連絡のつく電話番号、勤務先名及び勤務先電話番号は必ず御記入ください。)

～事業所証明欄～【以下の記載に代えて雇用契約書の写し等、東京都内で業務に従事していることが確認できる書類を添付しても構いません】

上記の者は、当事業所において、\_\_\_\_年 月 日より介護支援専門員として業務に従事している(従事予定含む)ことを証明します。

事業所種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<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"/> 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"/> 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"/> 小規模多機能型居宅介護	<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"/> 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 指定介護予防支援事業者
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター
	<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	

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業所住所 〒 \_\_\_\_\_

事業所電話番号 \_\_\_\_\_

事業所指定番号 \_\_\_\_\_

事業所管理者 \_\_\_\_\_ 管理者印