

新 (R8.4.1～)

様式第1号

介護支援専門員登録兼介護支援専門員証交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身) (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)
氏名			
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年(年) 月 日		
性別	□男 □女	写真撮影年月日	年 月 日
フリガナ			
郵便番号・ 住所(自宅)	〒 都道 府県		
電話番号 (日中連絡可)	携帯:	勤務先:	
申請事項	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録(実務研修の修了者) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証交付(実務研修の修了者・登録から5年以内の者・再研修の修了者)		
登録申請の場合 (実務研修の修了者のみ)	実務研修修了証書番号		
	実務研修修了年月日 平成・令和 年(20年) 月 日		
介護支援専門員証交付 申請のみの場合 (登録から5年以内の者又 は再研修の修了者のみ)	登録番号	登録年月日	登録年月日
	平成・令和 年(20年) 月 日		
添付書類	1 介護支援専門員登録申請の場合 (1) 誓約書(様式第2号) (2) 実務研修修了証明書の写し (3) 現在所が記載されている次のうちのいずれか一つ(個人番号(マイナンバー)が記載されたものは不可) <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)カードの表面の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の表面・裏面の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し又は住民票記載事項証明書の原本 2 介護支援専門員証交付申請の場合 (1) 次のうちのいずれか一つ(登録と同時に交付申請を行う場合は、不要) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録の日から5年を経過していないとき 介護支援専門員登録通知書の写し又は介護支援専門員登録移転通知書の写し <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録後5年を経過しているとき 再研修の修了を証する書類の写し (2) 領収証書及び納入届の原本		
上記のとおり、 □ 介護支援専門員の登録 □ 介護支援専門員証の交付	を申請します。		
申請年月日	年 月 日		
広島県知事様	(申請者) 氏名		
注 1 介護支援専門員の登録のみを申請する場合は、写真の貼付は、不要とする。 2 写真貼付欄には、大きさ縦3cm、横2.4cmで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したものを除く。)を貼ること。 3 生年月日及び実務研修修了年月日及び登録年月日は、和暦・西暦を併記すること。 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。			

旧

様式第4号

介護支援専門員登録兼介護支援専門員証交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身) (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)
氏名			
生年月日	年 月 日		
性別	□男 □女	写真撮影年月日	年 月 日
フリガナ			
住所	都道 府県	都市 区	町 村
電話番号	自宅:	勤務先:	
申請事項	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証交付		
登録申請の場合	実務研修修了証書番号		
	実務研修修了年月日	年 月 日	
介護支援専門員証交付 申請のみの場合	登録番号	登録年月日	登録年月日
	年 月 日		
添付書類	1 介護支援専門員登録申請の場合 (1) 誓約書(別記様式第5号) (2) 実務研修修了証明書の写し (3) 住民票の写し(県外に住所を有する方に限る。) 2 介護支援専門員証交付申請の場合(登録と同時に交付申請を行う場合は、不要) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録の日から5年を経過していないとき 介護支援専門員登録通知書の写し又は介護支援専門員登録移転通知書の写し <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録後5年を経過しているとき 再研修の修了を証する書類の写し		
上記のとおり、	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の交付		
	を申請します。		
年 月 日			
広島県知事様	(申請者) 氏名		
注 1 介護支援専門員の登録のみを申請する場合は、手数料及び写真の貼付は、不要とする。 2 写真貼付欄には、大きさ縦3センチ、横2.4センチで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したものを除く。)を貼ること。 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。			

新 (R8.4.1～)	旧
<p><b>様式第2号</b></p> <p style="text-align: center;">(実務研修の修了者のみ)</p> <p style="text-align: center;">誓 約 書</p> <p>私は、介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の2第1項各号（次の①から⑦まで）に該当しない者であることを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p>① 精神の機能の障害により介護支援専門員の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者      ② 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者      ③ 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者      ④ 登録の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者      ⑤ 介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に同法第69条の6第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者      ⑥ 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者      ⑦ 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者（登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。）であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しないもの</p> <p>注 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。</p>	<p><b>様式第5号</b></p> <p style="text-align: center;">誓 約 書</p> <p>私は、介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の2第1項各号（次の①から⑦まで）に該当しない者であることを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p>① 精神の機能の障害により介護支援専門員の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者      ② 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者      ③ 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者      ④ 登録の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者      ⑤ 介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に同法第69条の6第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者      ⑥ 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者      ⑦ 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者（登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。）であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しないもの</p> <p>注 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。</p>

新 (R8.4.1～)

## 様式第3号

介護支援専門員登録移転 兼 介護支援専門員証交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身)  (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)
氏名			
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年(年)月日		
写真撮影年月日	年月日		
フリガナ			
郵便番号・ 現住所(自宅)	〒 都道 府県		
電話番号 (日中連絡可)	携帯:	勤務先:	
申請事項	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録移転 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証交付		
現登録 都道府県	都道 府県		
登録番号			
添付書類	1 介護支援専門員証の写し(紛失している場合 紛失届) 2 介護支援専門員証を有しない場合 介護支援専門員登録通知書の写し又は旧「介護支援専門員登録証明書」(A4版・携帯用の両方)の写しのいずれか一つ(いずれも紛失している場合 紛失届) 3 現住所が記載されている次のうちのいずれか一つ(個人番号(マイナンバー)が記載されたものは不可) <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)カードの表面の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の表面・裏面の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し又は住民票記載事項証明書の原本 4 広島県内に所在する指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、又は地域包括支援センター等介護支援専門員の配置が義務付けられている事業者又は施設の業務に従事し、又は従事しようとしていることを証明する書類の写し(又は申立書) 5 領収証書及び納入届の原本		
上記のとおり、	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録移転 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の交付		を申請します。
申請年月日	年月日		
広島県知事様	(申請者: 介護支援専門員) 氏名		
注	1 介護支援専門員の登録移転のみを申請する場合は、写真の貼付は、不要とする。 2 写真貼付欄には、大きさ縦3cm、横2.4cmで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したもの)を貼ること。 3 生年月日は、和暦・西暦を併記すること。 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。		

旧

## 様式第6号

介護支援専門員登録移転 兼 介護支援専門員証交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身)  (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)
氏名			
生年月日	年月日		
写真撮影年月日	年月日		
フリガナ			
現住所	都道 府県	郡市 区	町 村
電話番号	自宅:	勤務先:	
申請事項	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員登録移転 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証交付		
現登録 都道府県	都道 府県		
登録番号			
添付書類	1 介護支援専門員証の写し 2 介護支援専門員証を有しない場合は、介護支援専門員登録通知書の写し 3 住民票の写し 4 広島県内に所在する指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、又は地域包括支援センター等介護支援専門員の配置が義務付けられている事業者又は施設の業務に従事し、又は従事しようとしていることを証明する書類の写し(又は申立書) 5 領収証書及び納入届の原本		
上記のとおり、	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録移転 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の交付		を申請します。
年月日			
広島県知事様	(申請者: 介護支援専門員) 氏名		
注	1 介護支援専門員の登録移転のみを申請する場合は、手数料及び写真の貼付は、不要とする。 2 写真貼付欄には、大きさ縦3センチ、横2.4センチで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したもの)を貼ること。 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。		

新 (R8.4.1~)

## 様式第4号

介護支援専門員登録事項変更届出書 兼 介護支援専門員証書換交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身)
現在の氏名			
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年(年)月 日		
写真撮影年月日	年 月 日 (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)		
フリガナ			
郵便番号・ 現住所(自宅)	〒 都道 府県		
電話番号 (自宅連絡可)	携帯:	勤務先:	
登録番号			
変更事項	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 変更前 <span style="float: right;">変更後</span>		
フリガナ	(氏)	(名)	上記の現在の氏名
氏名(変更前) (氏名変更の場合)			
変更年月日	平成・令和 年(20年)月 日		
住所(変更前) (住所変更の場合)	〒 都道 府県 上記の現住所		
変更年月日	平成・令和 年(20年)月 日		
添付書類	1 介護支援専門員証の写し(紛失している場合 介護支援専門員証再交付申請書 (様式第7号)) 2 介護支援専門員証を有しない場合 介護支援専門員登録通知書の写し又は旧「介護支援専門員登録証明書」(A4 版・携帯用の両方)の写しのいずれか一つ(いずれも紛失している場合 紛失届) 3 氏名変更の場合 戸籍抄本の原本 4 住所変更の場合 現住所が記載されている次のいずれか一つ(個人番号が記載 されたものは不明) <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)カードの表面の写し <input type="checkbox"/> 運転免許証の表面・裏面の写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し又は住民票記載事項証明書の原本 5 介護支援専門員証書換交付申請の場合 領収証書及び納入届の原本		
上記のとおり、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録事項の変更を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の書換え交付を申請します。			
年 月 日			
広島県知事様			
申請(届出)年月日 年 月 日			
広島県知事様 (届出・申請者: 介護支援専門員) 氏名			
注 1 介護支援専門員の登録事項変更のみを届け出る場合は、手数料及び写真の貼付 は、不要とする。 2 写真貼付欄には、大きさ縦3cm、横2.4cmで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の 写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したもの)を貼ること。 3 生年月日及び変更年月日は、和暦、西暦を併記すること。 4 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。			

旧

## 様式第7号

介護支援専門員登録事項変更届出書 兼 介護支援専門員証書換交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身)
現在の氏名			
生年月日	年 月 日		
写真撮影年月日	年 月 日 (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)		
フリガナ			
現住所	〒	都道 府県	郡市 区
電話番号	自宅:		勤務先:
登録番号			
変更事項	変更前 <span style="float: right;">変更後</span>		
フリガナ	(氏)	(名)	上記現在の氏名
氏名			
変更年月日	年 月 日		
住所	〒 都道 府県 上記現住所		
変更年月日	年 月 日		
添付書類	1 介護支援専門員証の写し 2 氏名変更の場合 戸籍抄本 3 住所変更の場合 住民票の写し(県外に住所を有する方に限る。)		
上記のとおり、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の登録事項の変更を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の書換え交付を申請します。			
年 月 日			
広島県知事様			
(届出・申請者: 介護支援専門員) 氏名			
注 1 介護支援専門員の登録事項変更のみを届け出る場合は、手数料及び写真の貼付 は、不要とする。 2 写真貼付欄には、大きさ縦3センチ、横2.4センチで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の 写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したもの)を貼ること。 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。			

新 (R 8.4.1 ~)

## 様式第5号

介護支援専門員死亡等届出書		
届出事項	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第1号に該当 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第2号に該当 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第3号に該当	
届出事項の事実が発生した日	令和 (20) 年 月 日	
フリガナ	(氏) (名)	
介護支援専門員氏名		
介護支援専門員生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年(年) 月 日	
登録番号		
添付書類	1 介護支援専門員証の原本(紛失している場合 紛失届) 2 介護支援専門員証を有しない場合 介護支援専門員登録通知書の写し又は旧「介護支援専門員登録証明書」(A4版・携帯用の両方)の写しのいずれか一つ(いずれも紛失している場合 紛失届) 3 死亡の場合 (1) 死亡した介護支援専門員の除籍抄本又は消除された住民票の写し (2) 届出者が相続人であることを証明する書類 4 死亡以外の事項の場合 届出事項に該当することを証明する書類	
上記のとおり、	(□ 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第1号に該当すること <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第2号に該当すること <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第3号に該当すること)	
届出年月日	年 月 日	
広島県知事様	(届出者) 住 所 〒 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____ 介護支援専門員との続柄 _____	
注 1 届出事項の事実が発生した日及び介護支援専門員生年月日は、和暦、西暦を併記すること。 2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。		

旧

## 様式第8号

介護支援専門員死亡等届出書		
届出事項	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第1号に該当 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第2号に該当 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第3号に該当	
届出事項の事実が発生した日	年 月 日	
フリガナ	(氏) (名)	
介護支援専門員氏名		
介護支援専門員生年月日	年 月 日	
登録番号		
添付書類	1 介護支援専門員証(旧介護支援専門員登録証明書、携帯用登録証明書) 2 死亡の場合 (1) 死亡した介護支援専門員の除籍抄本又は消除された住民票の写し (2) 届出者が相続人であることを証明する書類 3 死亡以外の事項の場合 届出事項に該当することを証明する書類	
上記のとおり、	(□ 死亡 <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第1号に該当すること <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第2号に該当すること <input type="checkbox"/> 介護保険法第69条の2第1項第3号に該当すること)	
年 月 日		
広島県知事様	(届出者) 住 所 〒 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____ 介護支援専門員との続柄 _____	
注 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。		

新 (R8.4.1~)

様式第6号

## 介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ		
氏名	(氏)	(名)
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年(年) 月 日	
フリガナ		
郵便番号・ 現住所(自宅)	〒 都道府県	
電話番号 (日中連絡可)	携帯:	勤務先:
登録番号		
申請理由		
添付書類	1 介護支援専門員証の原本(紛失している場合 紛失届) 2 介護支援専門員証を有しない場合 介護支援専門員登録通知書の写し又は旧「介護支援専門員登録証明書」(A4版・携帯用の両方)の写しのいずれか一つ(いずれも紛失している場合 紛失届)	

上記のとおり、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

申請年月日 年 月 日

広島県知事様

(申請者: 介護支援専門員)

氏名 \_\_\_\_\_

注 1 生年月日は、和暦、西暦を併記すること。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

旧

様式第9号

## 介護支援専門員登録消除申請書

フリガナ			
氏名	(氏)	(名)	
生年月日	年 月 日		
フリガナ			
現住所	〒 都道府県	都市区	町村
電話番号	自宅:	勤務先:	
登録番号			
申請理由			
添付書類	介護支援専門員証(旧介護支援専門員登録証明書、携帯用登録証明書)		

上記のとおり、介護支援専門員の登録の消除を申請します。

年 月 日

広島県知事様

(申請者: 介護支援専門員)

氏名 \_\_\_\_\_

注 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

新 (R8.4.1~)

様式第7号

介護支援専門員証再交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm 横2.4cmの脱帽 上三分身)  (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)
氏名			
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年( 年) 月 日		
写真撮影年月日	年 月 日		
フリガナ			
郵便番号・ 住所(自宅)	〒 都道 府県		
電話番号 (日中連絡可)	携帯:	勤務先:	
登録番号			
再交付申請事由	<input type="checkbox"/> 亡失又は滅失 <input type="checkbox"/> 汚損又は破損		
添付書類	1 介護支援専門員証の原本(汚損又は破損の場合に限る。) 2 領収証書及び納入届の原本		

上記のとおり、介護支援専門員証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

広島県知事様

(申請者: 介護支援専門員)

氏名 \_\_\_\_\_

注 1 写真貼付欄には、大きさ縦3cm、横2.4cmで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したもの)を貼ること。

2 生年月日は、和暦、西暦を併記すること。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

旧

様式第10号

介護支援専門員証再交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm横 2.4cmの脱帽上 三分身)  (写真の裏面に 氏名を記入す ること。)
氏名			
生年月日	年 月 日		
写真撮影年月日	年 月 日		
フリガナ			
住所	〒 都道 府県	郡市 区	町 村
電話番号	自宅:	勤務先:	
登録番号			
再交付申請事由	<input type="checkbox"/> 亡失又は滅失 <input type="checkbox"/> 汚損又は破損		
添付書類	介護支援専門員証の原本(汚損又は破損の場合に限る。)		

上記のとおり、介護支援専門員証の再交付を申請します。

年 月 日

広島県知事様

(申請者: 介護支援専門員)

氏名 \_\_\_\_\_

注 1 写真貼付欄には、大きさ縦3センチ、横2.4センチで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したもの)を貼ること。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

新 (R8.4.1~)

## 様式第8号

介護支援専門員証有効期間更新 兼 交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm横2.4cmの脱帽上三分身) (写真の裏面に氏名を記入すること。)
氏名			
生年月日 (和暦・西暦併記)	昭和・平成・令和 年(年)月 日		
写真撮影年月日	年 月 日		
フリガナ			
郵便番号・住所 (自宅)	〒 都道府県		
電話番号 (日中連絡可)	携帯:	勤務先:	
登録番号			
登録年月日	平成・令和 年(20年)月 日		
更新研修等	① 研修名		
	修了年月日	平成・令和 年(20年)月 日	
	② 研修名		
修了年月日	平成・令和 年(20年)月 日		
添付書類	1 介護支援専門員証の写し(紛失している場合 介護支援専門員証再交付申請書(様式第7号)) 2 更新研修修了証明書の写し 3 領収証書及び納入届の原本		

上記のとおり、介護支援専門員証の有効期間の更新及び交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

広島県知事様

(申請者: 介護支援専門員)

氏名 \_\_\_\_\_

注 1 写真貼付欄には、大きさ縦3cm、横2.4cmで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したものを除く。)を貼ること。

2 生年月日、登録年月日及び研修修了年月日は、和暦・西暦を併記すること。

3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

旧

## 様式第11号

介護支援専門員証有効期間更新 兼 交付申請書			
フリガナ	(氏)	(名)	写真貼付欄 (規格: 縦3cm横2.4cmの脱帽上三分身) (写真の裏面に氏名を記入すること。)
氏名			
生年月日	年 月 日		
写真撮影年月日	年 月 日		
フリガナ			
住所	〒 都道府県 郡市町村		
電話番号	自宅:		勤務先:
登録番号			
登録年月日	年 月 日		
更新研修等	① 研修名		
	修了年月日	年 月 日	
	② 研修名		
修了年月日	年 月 日		
添付書類	1 介護支援専門員証の写し 2 更新研修の修了を証する書類の写し又は更新研修の課程に相当するものとして広島県知事が指定する研修を修了したことを証明する書類の写し		

上記のとおり、介護支援専門員証の有効期間の更新及び交付を申請します。

年 月 日

広島県知事様

(申請者: 介護支援専門員)

氏名 \_\_\_\_\_

注 1 写真貼付欄には、大きさ縦3センチ、横2.4センチで、申請前6月以内に撮影した脱帽、正面、上三分身、無背景の写真(インクジェットプリンター又はレーザープリンターにより印刷したものを除く。)を貼ること。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。