(様式第3号)

介護支援専門員証書換え交付申請書

(宛先) 埼玉県知事
以下のとおり申請します。

※太枠内の項目を記入してください。日付はすべて西暦で記入してください。

Application form with multiple sections: 申請日 (Application Date), フリガナ氏名 (Name), 生年月日 (Date of Birth), 介護支援専門員登録番号 (Registration Number), 登録日 (Registration Date), 有効期間満了日 (Expiration Date), 主任有効期間満了日 (Supervisor Expiration Date), 住所 (Address), 個人番号 (Personal Number), 連絡先電話番号 (Contact Phone Number), 現在勤務先のある都道府県 (Current Prefecture), 変更の内容 (Changes), 添付書類 (Attachments).

※住所は住民票に記載されている内容で記入し、漢字にフリガナをつけてください。
※申請者の本人情報確認については、住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)第30条の11第1項第1号、第30条の15第1項第1号の規定により住民基本台帳ネットワークシステムを用いて確認します。
※本申請書に記載された事項は、介護保険制度の適正な実施を図るためにのみ使用します。なお、必要があるときは、記載された事項を他の行政機関又は指定研修実施機関に対し、提示することがあります。
※この様式を用いて住所を変更した場合、新住所が埼玉県外であっても、登録管轄地は埼玉県のままです。