

別紙1

鳥取県福祉保健部長寿社会課 宛

登録番号(8桁)							
氏名							
電話番号	—			—			
ファクシミリ番号(注1)	—			—			

次の問の「はい」又は「いいえ」に○を記載してください。
 なお、回答するのは、「問1から問3」、「問4」、「問5」又は「問6」のいずれかのみ
 の回答となりますので、すべての間に回答する必要はありません。

問1	他の都道府県から鳥取県に登録を移しますか。	はい	いいえ
問2	住所・氏名の変更はありますか。	はい	いいえ
問3	有効期間の更新を行いますか。(注2)	はい	いいえ

※問1～問3を回答した場合は、問4～問6は回答不要。

問4	次のいずれかに該当しますか。	はい	いいえ
	登録者が死亡したため		
	登録者が成年被後見人又は保佐人になったため 登録者が禁固等の刑に処せられた場合		

※問4を回答した場合は、問1～問3及び問5～問6は回答不要。

問5	登録の削除を希望しますか。	はい	いいえ
----	---------------	----	-----

※問5を回答した場合は、問1～問4及び問6は回答不要。

問6	紛失等により介護支援専門員証の再交付を希望しますか。(注3)	はい	いいえ
----	--------------------------------	----	-----

※問6を回答した場合は、問1～問5は回答不要。

- (注1) 郵送の場合は記載不要です。
- (注2) 有効期間を更新する場合は、その都度介護支援専門員更新研修(実務研修含む)を修了する必要があります。研修を修了した上で、有効期間の更新申請を行ってください。
- (注3) 住所・氏名が変更になっている場合は、再発行の手続きはできませんので住所・氏名の変更を届け出てください。そのあとに新しい介護支援専門員証を交付します。

この用紙は、何回も使用することがありますので
必ずコピーしてから御使用ください。