

別紙1

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課 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		
	登録者が心身の故障により介護支援専門員の業務が適正に行えないため		
	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。