様式第２号（第４条関係）

介護支援専門員登録移転申請書

フリガナ	※必ず記入してください
氏名	
生年月日	西暦（　　）/昭和・平成（　　）年　　月　　日 ※西暦、和暦を併記してください
フリガナ	※必ず記入してください
住所	
郵便番号	（　　－　　）
昼間連絡先電話番号	－　　－ （自宅・勤務先・携帯電話・その他（　　））
登録番号（8桁）	
移転前の 登録都道府県知事	（　　都道府県　　）　知事
個人番号	
	※鳥取県に個人番号を提出済みの方は右欄にチェックしてください □

介護保険法第69条の3及び介護保険法施行規則第113条の10の規定により、登録の移転を申請します。

年　　月　　日

鳥取県知事　様

添付書類の介護支援専門員証を亡失された場合は、以下に署名してください。

＿＿＿＿＿知事が発行した介護支援専門員証を亡失しました。
亡失した介護支援専門員証を発見した時は、直ちに返納します。
届出人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

添付書類
介護支援専門員証原本
個人番号の確認ができる書類（すでに鳥取県に提出済みの方は再度の提出は不要）
本人確認ができる書類