

別記様式第6号（第7条関係）

介護支援専門員証交付申請書（実務研修修了者）

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

申請者	フリガナ	
	氏名	

※氏名は自筆による署名

介護保険法第69条の7第1項及び介護保険法施行規則第113条の20第1項の規定により、介護支援専門員証の交付を申請します。

生年月日 (西暦で記載)					年					月					日
住 所 (住民票の住所)	〒	-													
書類の送付先 (希望者のみ記載)	〒	-													※申請に係る書類の送付先が住所と異なる場合に記載
日中の連絡先 (電話番号等)	勤務先														勤務先名称(※介護事業所の場合に記載)
	自宅・ 携帯電話														
登録番号															
登録日からの期間	<input checked="" type="checkbox"/> 5年以内 <input type="checkbox"/> 5年超														
添付書類	・写真（縦3cm×横2.4cm） 1枚 交付申請前6月以内に撮影した、無帽、正面、上三分身、無背景のもの。裏面に氏名及び登録番号を記載すること。														

茨城県収入証紙貼付（3,100円分）