

介護支援専門員登録番号確認票

平成 年 月 日現在

フリガナ			生年月日 (西暦)	19 年 月 日生
氏名	(姓)	(名)		
フリガナ				
現住所(住民票に記載されている住所)	郵便番号	〒	都道府県	区市町村
電話番号	自宅・勤務先・その他()			
介護支援専門員登録番号 (介護支援専門員登録証明書記載の番号)			介護支援専門員登録証明書交付 都道府県名	
事業所名			事業所番号	
事業所住所	〒			事業所のサービス種別
備考				

上記のとおり、記載事項について登録をいたします。また、介護保険制度の適正な実施を図るために必要がある時は、提出した書類に記載された事項を他の行政機関に対し、提示することに同意します。

署名

【注意事項】

1) 必ず介護支援専門員登録証明書(写し)と返信用80円切手を添付してください。

- 「氏名」欄に記載する氏名は、戸籍(日本国籍を有しない方については、外国人登録原票)に記載されている文字を使用の上、必ずフリガナを付けてください。
- 「生年月日」欄は、西暦で記載すること。
- 「現住所」欄は、住民票に記載されている内容で記入し、必ずフリガナを付し、郵便番号、都道府県名、市区町村名、地番、〇〇様方・〇〇号室など正確に記入してください。
- 「電話番号」欄に記載の連絡先は、記載事項に疑義が生じた場合のみ、使用いたします。
- 申請時点において、介護支援専門員登録証明書の内容に変更がある場合においては、備考に変更点を明確に記載してください。
- 「署名」欄は、登録する介護支援専門員本人が自筆すること。何らかの事情により、本人以外の者が代筆する場合については、備考欄にその者の氏名、住所、電話番号を記載してください。
- 事業所番号は、就業が既に決まっている事業所がある場合に10桁の番号及び事業所名、サービス種別を記載してください。就業の予定がない方は記載しなくていいです。

送付・問い合わせ先 〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2 (沖縄県庁3階)
 沖縄県 高齢者福祉介護課 介護企画班
 TEL098-866-2214 fax098-862-6325