介護支援専門員研修受講地変更願

　　　年　　　月　　　日

　　青森県知事　　殿

|  |
| --- |
| 申　出　者 |
| 介護支援専門員登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有効期間満了日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ氏名 |  |
|  |

　　私は、下記の理由により、研修の受講地を変更したいので、申し出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望都道府県 |  |
| 受講希望研修名（希望する研修を選択してください。） | ＜実務経験者向け＞　□専門研修課程Ⅰ　　・　　□更新研修（専門研修課程Ⅰと同内容）　□専門研修課程Ⅱ　　・　　□更新研修（専門研修課程Ⅱと同内容）＜実務経験未経験者向け＞　□実務未経験者向け更新研修＜有効期間満了日経過者向け＞　□再研修 |
| ＜主任介護支援専門員＞　□主任介護支援専門員研修　□主任介護支援専門員更新研修 |
| 受講地変更理由 |  |
| 登録住所（介護支援専門員として登録している住所を記載してください。） | 〒住所 |
| 現住所 | 〒住所【電話】 |
| 勤務先 | 【勤務先名】〒住所【電話】 |
| 個人番号（マイナンバー） |  |

【添付書類】

　・介護支援専門員証の写し

・下記のうちいずれかを提出

i) 「個人番号カードの写し」（表面及び裏面の両方）

ii) 「個人番号通知書（住民票に記載されている事項と一致している場合に限る）の写し

（表面及び裏面の両方）」及び「運転免許証などの顔写真がある身分証明書の写し」

iii) 「個人番号が記載された住民票の写し」及び「住民票記載事項証明書」の両方及び

「運転免許証などの顔写真がある身分証明書の写し」

　・申請者本人の代理人が申請書を持参する場合、下記の両方を提出

　　　 i) 法定代理人の場合は「戸籍謄本」、任意代理人の場合は「委任状」

　　　ii) 「代理人の個人番号カードの写し」（表面及び裏面の両方）又は「運転免許証などの顔写

真がある身分証明書の写し」