

別記様式第7号（第7条関係）

介護支援専門員証交付申請書（再研修修了者）

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

マイナンバー																				
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及び介護保険法施行規則第113条の20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 type="checkbox"/> 5年以内 <input checked="" type="checkbox"/> 5年超																			
添付書類	<ul style="list-style-type: none">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、<u>上三分身</u>、無背景のもの。裏面に氏名及び登録番号を記載すること。再研修修了証明書の写しマイナンバーの本人確認書類 ※必要書類は別添チェックシートを参照すること。																			

茨城県収入証紙貼付（3,100円分）