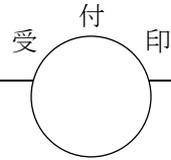


様式第 16 号の 2 (第 15 条関係)

1,600 円分の岩手県収入証紙を貼付してください。お住いの市町村役場等で購入できます。(郵便局で販売している収入印紙ではありません。)また、汚損したものや一度剥がしたものは無効となりますので、ご注意ください。

岩 手 県
収 入 証 紙
は り 付 け

申 請 者 氏 名
住 所
氏 名



		介護支援専門員証書換え交付申請書		登録番号	
年 月 日 岩手県知事様	変更後	フリガナ			
		氏 名			
	変更前	氏 名	戸籍に記載されている文字(漢字)で記入し、フリガナを付してください。		
	生 年 月 日 (西暦)	平日の日中、確実に連絡が取れる番号を記入してください。	年	月	日
	電 話 番 号				

備考 当様式は、介護支援専門員証有効期間内の方が、氏名変更をした場合に書換え交付を申請する様式です。

添付書類

- (1) 戸籍抄本又は戸籍謄本(コピー可)
- (2) 写真(申請前6ヶ月以内に無帽・無背景で正面から上半身を撮影した縦3cm×横2.4cmのもので、裏面に氏名を記載すること)
- (3) 介護支援専門員証原本

(A4)