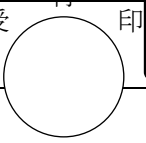


受 付 印 		介護支援専門員登録申請書	
年 月 日 岩手県知事 様 申請（届出）者		フリガナ 住 所	
		フリガナ 氏 名	
誓約書 私は、次の欠格事由のいずれにも該当しない者であることを誓約します。 1 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの 2 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者 3 介護保険法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者 4 登録の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者		付 記 (理由)	
		電話番号 生年月日（西暦） 年 月 日	
備考1 次の書類等を添付してください。 (1) 介護支援専門員実務研修を修了したことを証する書面（写） (2) 住民票の写し（コピー可） (3) 情報提供同意書 (4) 戸籍抄本又は謄本（実務研修修了の日から登録申請の日までに改姓した場合） 2 誓約書記載の欠格事由に該当する場合は、該当する番号に丸を付け、その理由を付記欄にご記入ください。		5 介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に介護保険法第69条の6第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者 6 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者 7 介護保険法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者（登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。）であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しないもの 誓約者氏名（直筆）	

住民票に記載されている住所を記入し、フリガナを付してください。

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。

実務研修修了後、3か月以内に申請してください。

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。

直筆で署名してください。