

申請者 下  
住 所  
  
氏 名

受 付 印

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。		介護支援専門員登録事項変更届		登録番号	添 付 書 類  <input type="checkbox"/> 戸籍謄本又は戸籍抄本(コピー可) ※氏名変更がある場合(有効期間内の証交付を受けていない方のみ)  <input type="checkbox"/> 住民票(コピー可) ※住所変更がある場合
		(フリガナ) 変更後の住所 (〒 _____ )	(フリガナ) 変更後の氏名		
岩手県知事様	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。		変更前の氏名	書換え交付申請の有無  有効期間内の介護支援専門員証保有者は該当するものに印を付けてください。  <input type="checkbox"/> 住所のみ変更 <input type="checkbox"/> 住所とあわせて氏名の変更をする(備考3に該当)	
	変更前の住所 (〒 _____ )	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 1.当様式は、次の登録内容を変更する場合に提出してください。

- (1) 有効期間内の介護支援専門員証保有者が、住所を変更した場合
- (2) 有効期間内の介護支援専門員証の交付を受けていない方が、住所及び氏名またはそのいずれかを変更する場合

2.住所及び氏名の変更については、該当する欄に必要事項を記入してください。

3.有効期間内の介護支援専門員証をお持ちの方で、氏名の変更があった場合は、書換え交付申請も必要です。