**介護支援専門員証の有効期間の取扱いに関する申出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

福　島　県　知　事

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （申請者）

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号　自宅　 - -

携帯　 　 - -

　　主任介護支援専門員更新研修を修了しましたが、介護支援専門員証の有効期間は、従前のとおりとすることを申出します。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏名　 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 住所 | 〒　　　　- |
| 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護支援専門員証有効期間満了日 | 西暦 |  |  |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 添付書類 | □介護支援専門員証の写し□令和６年度主任介護支援専門員更新研修修了証明書 |