

証の有効期間に係る申出書

年 月 日

北海道知事 様

住 所 〒 —

氏 名
連 絡 先 自宅 ・ 勤務先 ・ その他
番 号 ☎ — —

※日中連絡が可能な電話番号を記載してください。

この度、介護保険法施行規則第140条の6第3項により更新する私の介護支援専門員証の有効期間満了日について、次のとおり申し出ます。

(いずれかの数字を○で囲んでください。)

- 1 更新後の介護支援専門員証の有効期間を主任介護支援専門員更新研修有効期間満了日と揃える。
- 2 更新後の介護支援専門員証の有効期間を主任介護支援専門員更新研修有効期間満了日と揃えない。

現に有する介護支援専門員証の有効期間満了日	令和 年 月 日
主任介護支援専門員更新研修修了証明書の有効期間満了日	令和 年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員更新研修修了証明書の写し

【留意事項】

- 1（揃える）を選択した場合、更新後の証有効期間は主任介護支援専門員修了証の有効期間満了日に置き換わるため、通常更新される証の有効期間（5年）より短くなります。