

令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿

介護支援専門員資格の特例措置についての申出書

記

氏名	生年月日
(フリガナ)	年 月 日
介護支援専門員登録番号	電話番号
	() —
住所	
〒 鹿児島県	
実務経験年数 ※介護支援専門員証交付後から令和3年3月31日までの実務経験年数を記入してください。(見込みで構いません。)	年 月 日
介護支援専門員証の有効期間満了日	年 月 日
受講予定だった研修に☑をつけてください	
1 介護支援専門員更新研修（実務未経験者向け）	<input type="checkbox"/>
2 介護支援専門員専門研修Ⅰ	<input type="checkbox"/>
3 介護支援専門員専門研修Ⅱ	<input type="checkbox"/>

※こちらの申出書は、次年度以降の研修受講見込数を把握するためのものになります。御協力をお願いいたします。