

一般社団法人
長崎県介護支援専門員協会
会長 七種 秀樹 様

○をつけた変更箇所のみ
記載ください。

「変更前」が不明の場
合は記載不要です。

指導者名 介護 花子

介護印

個人の印鑑

実習指導者登録内容に関する変更届

長崎県介護支援専門員実務研修実習指導者登録名簿の内容に変更がありましたので、下記のとおり報告いたします。(変更になった項目の変更欄に○)

変更	項目	変更前	変更後
	氏名		
○	主任介護支援専門員の有効期間	令和 2 年 1 0 月 2 1 日～ 令和 7 年 1 0 月 2 0 日	令和 7 年 1 0 月 2 1 日～ 令和 1 2 年 1 0 月 2 0 日 ※主任介護支援専門員更新研修修了証(写)を添付してください。
	連絡先 (郵便番号・住所・電話番号)	〒 —	〒 —
	メールアドレス		
○	勤務先事業所名	〇〇法人〇〇会 A 居宅介護支援事業所	△△法人△△会 B 居宅介護支援事業所
○	勤務先住所 (郵便番号 住所・電話番号)	〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号 000-000-0000	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町△△番△△号 XXX-XXX-XXXX
○	勤務先の管理者名	〇〇〇〇	△△△△
○	勤務先の特定事業 所加算取得状況	I・II・III・ <u>算定していない</u> ※該当するものを○で囲む	I・ <u>II</u> ・III・算定していない ※該当するものを○で囲む

主任更新研修修了証の写しを忘れずに添付
(介護支援専門員証ではありません)
※次ページ参照

法人内での異動や勤務先の変更
(転職)時は、直近の勤務先を「変
更前」欄に記入する。

この修了証の写しを変更届に添付して提出ください

令和6年度
主任介護支援専門員更新研修
修了証明書

氏 名 介護 花子

登録番号 4 2 1 2 3 4 5 6

主任介護支援専門員更新研修実施要綱に基づき実施する主任介護支援専門員更新研修を修了したことを証明する。

なお、貴殿の主任介護支援専門員資格の有効期間は
令和7年〇月〇日～令和12年〇月〇日までとする。

変更後の有効期限

令和7年〇月〇日

一般社団法人
長崎県介護支援専門員協会
会 長 七 種 秀 樹

