（第８号・別添様式）

令和　　年　　月　　日

有効期間置換えに関する申出書

※ 主任介護支援専門員(更新研修修了証)の有効期間への置き換えについて

|  |  |
| --- | --- |
|  | **希望する**  （介護支援専門員証の有効期間は主任介護支援専門員の有効期間に置き換えて管理） |
|  | **希望しない**  （介護支援専門員と主任介護支援専門員の２つの有効期間を管理します。） |
|  | **置き換えられない**  (平成27年度以降の主任研修修了＋介護支援専門員証有効期間が主任有効期間より早く失効) |
|  | **既に置き換えをしている**  (平成30年以降に本様式で有効期間の置き換えの申し出をしている場合) |

　↑ いずれかに○印を記入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員  登録番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 主任介護支援専門員更新研修  修了年月日(西暦で記載) | ２０ |  |  | | 年 | |  |  | 月 | |  | |  | | 日 |
| 研修終了後の主任介護支援専門員  有効期間満了日 | ２０ |  |  | | 年 | |  |  | 月 | |  | |  | | 日 |

【留意事項】

　○　**平成30年度以降の主任介護支援専門員更新研修を修了した方が、介護支援専門員証の更新を申請する際に様式第８号と併せて毎回提出してください。**

○　主任介護支援専門員更新研修修了年月日及び有効期間満了日（**※**）については、主任介護支

援専門員更新研修の修了証に記載されている年月日を記載ください。

**※**令和２年度以降の主任更新研修修了証には、有効期間満了日の記載がないため、ご自身で把

握している有効期間満了日を記載。

　○　置き換えを希望した場合、介護支援専門員証の有効期間は以下のとおりとなります。

　〈平成26年度以前に主任研修を修了している場合〉

・最初に修了した主任更新研修修了日から5年ごと

〈平成27年度以降に主任研修を修了している場合〉

・当該主任研修修了日から５年ごと

　○　**置き換えて介護支援専門員証を交付した後は元に戻すことができませんのでご注意ください。**

【提出先・問合せ先】

　〒３１０－８５５５　茨城県水戸市笠原町９７８番６ 茨城県医療福祉部健康推進課

　　（電話 ０２９－３０１－３３３２　ＦＡＸ ０２９－３０１－３３１８）