

(様式第2号)

誓 約 書

年 月 日

佐賀県知事 様

住 所 :

氏 名 :

私は、介護保険法第69条の2第1項各号に掲げる欠格事由に係る事実の有無については下記のとおりであることを誓約します。

	項目内容	該当の有無 (該当する□に印を記入)
1	心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
2	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
3	介護保険法又は介護保険法施行令第35条の2で定める法律の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
4	登録の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
5	介護保険法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に第69条の6第1号の規定によりその登録が削除され、まだその期間が経過しない者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
6	介護保険法第69条の39の規定による登録の削除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
7	介護保険法第69条の39の規定による登録の削除の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の削除の申請をした者(登録の削除の申請について相当の理由がある者を除く。)であって、当該登録が削除された日から起算して5年を経過しないもの	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない

お預かりした個人情報、介護支援専門員としての資格管理のためにのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。詳しくは、佐賀県ホームページの佐賀県個人情報保護方針をご覧ください。
お問い合わせは、県長寿社会課 介護指導担当までお願いします。[Tel.0952-25-7105(直通)、mail:tyoujyusyakai@pref.saga.lg.jp]