健康福祉部地域医療推進室あて

FAX：076-225-1434

E-mail：iryoujin@pref.ishikawa.lg.jp

本県では地域包括ケアを推進していく市町等の関係機関が地域の認知症サポート医を把握できるよう、認知症サポート医の氏名や医療機関等の情報を公表しております。

　つきましては、認知症サポート医としてホームページで公表している内容に修正が生じた場合は以下にご記入のうえ、当室まで送付いただきますようお願いいたします。

認知症サポート医の名簿内容の修正について

標記名簿の掲載情報を　　変更　・　削除　　したいので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １.掲載情報 | | | |
| 項目 | | 届出前の掲載情報 | 届出後の掲載状況  （変更部分のみ記載） |
| ふりがな  氏名 | |  |  |
| 勤務先  （所属） | 名称 |  |  |
| 住所 | 〒 | 〒 |
| 連絡先  （電話番号） |  |  |
| ２.変更年月日 | |  | |
| ３.変更理由 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先 |  |