（あて先）埼玉県福祉部地域包括ケア課長

届出日　　　　　　　年　　　月　　　日

認知症サポート医研修修了者名簿掲載情報等

　変更・削除　届

**１　区分**（該当するものに　　を付けてください）

　変更　　　　　　　　　　削除

**２　内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後(削除の場合は空欄としてください） |
| 氏名 |  |  |
| 医療機関名 |  |  |
| 医療機関所在地 |  |  |
| 医療機関電話番号 |  |  |
| 診療科目 |  |  |

**３　理由**（差し支えなければ御記入ください）

|  |
| --- |
|  |

**４　御連絡いただいた方（上記と異なる場合）**

|  |  |
| --- | --- |
| 御所属 |  |
| 御担当者名 |  |

【提出先】埼玉県福祉部地域包括ケア課認知症・虐待防止担当

〒330-9301　さいたま市浦和区高砂3-15-1

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話048-830-3251　　FAX 048-830-4781