**送付先**

**神奈川県福祉部高齢福祉課　高齢福祉グループ　行**

**メールアドレス　anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp**

**ＦＡＸ番号　　 ０４５－２１０－８８７４**

**電話番号　　　 ０４５－２１０－４８４６**

↓どちらかに○をつけてください

**〔変更・掲載取消〕「認知症の診療を行う医療機関名簿」の掲載内容についての連絡票**

**医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　）　 電話番号　　　（　 　　 　　　　）**

**回答者 　 （　　　　　 　　　　　）　 メールアドレス（　　　 　　　　　　　　）**

**変更の場合、以下に変更箇所をご記入ください。**

**変更前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更後**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **１** |  | **１** |  |
| **２** |  | **２** |  |
| **３** |  | **３** |  |

**足りない場合は適宜追加またはコピーをお願いいたします。**