**宛先　神奈川県高齢福祉課　高齢福祉グループ　行**

この用紙のみ、電子メールにてお送りください。

**電子メール****anshinkaigo@pref.kanagawa.lg.jp**

**認知症サポート医名簿掲載事項変更届出**

認知症サポート医名簿の掲載事項に変更が生じたので連絡します。

氏　名　：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **現在登録内容** | **記　入　　／　変　更　事　項**変更があればこちらへ変更事項を記載ください |
| 氏名 |  |  |
| ふりがな |  |  |
| 所属郡市医師会名（公表しません） |  |  |
| 医療機関名 |  |  |
| 医療機関郵便番号所在地 | 〒 | 〒 |
| 医療機関電話番号 |  |  |
| 診療科 |  |  |
| 受講年度 |  |  |
| 県HPへ掲載の同意 |  |  |

〇研修会等の案内をメールでお送りしたいので、変更がある場合は下記へご記入ください。

（メールアドレスは公表しません）

|  |  |
| --- | --- |
| ご連絡いただいているメールアドレス |  |
| 変更後メールアドレス |  |

ファックスでの送付を希望する場合は、ファックス番号を下記へご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ファックス番号 | （　　　　） |

神奈川県

認知症の人と家族を支えるマーク