

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 番 号 〒	〒	
郵 便 番 号 所 在 地		
医 療 機 関 電 話 番 号		
診 療 科		
受 講 年 度		
県 H P へ 掲 載 の 同 意		

○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