（あて先）愛媛県保健福祉部生きがい推進局長寿介護課長

届出日　　　　年　　　月　　　日

お名前

お電話番号

**かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者**

**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**（上記１で「変更」を選択された場合、変更情報をご記入ください）

**変更日　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 氏名 |  |  |
| 医療機関名 |  |  |
| 医療機関  郵便番号 |  |  |
| 医療機関  所在地 |  |  |
| 医療機関  電話番号 |  |  |

【提出先】愛媛県保健福祉部生きがい推進局長寿介護課　介護予防係

〒790-8570　松山市一番町四丁目４番地２

電話　089-912-2431　FAX　089-935-8075

E-mail choujukaigo@pref.ehime.lg.jp