年　　月　　日

（あて先）

宮城県保健福祉部長寿社会政策課長　殿

氏　　　名　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

電話番号

（研修受講年度：　　　　年度）

かかりつけ医認知症対応力向上研修・認知症サポート医養成研修

の修了者情報変更届

下記のとおり登録事項に変更があったので届けます。

１　変更内容（変更のある項目について記載ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 氏名 |  |  |
| 所属医療機関名（法人名含む） |  |  |
| 医療機関所在地 | 〒 | 〒 |
| 医療機関電話番号 |  |  |
| 担当診療科名 |  |  |

２　変更理由（差支えなければご記入ください）

|  |
| --- |
| （例：勤務先変更による） |

必要事項を記載の上，下記宛てに郵便で御送付願います。

＜送付先＞

〒980-8570　仙台市青葉区本町三丁目８－１

宮城県長寿社会政策課地域包括ケア推進班

電話：022-211-2552（直通）