

様式第4号

茨城県認知症地域医療支援事業研修名簿登録変更届

茨城県認知症地域医療支援事業研修名簿に登録されている記載事項を、次のとおり変更します。

(1) 変更を希望する名簿（該当するものを○で囲んで下さい）

- ・茨城県認知症サポート医名簿
- ・茨城県もの忘れ・認知症相談医連携名簿
- ・歯科医師等認知症対応力向上研修修了者名簿
- ・薬剤師認知症対応力向上研修修了者名簿

(2) 変更内容（変更部分のみ記載下さい）

項目	変更前	変更後
氏名		
所属 (医療機関・薬局等)		
所属所在地	〒	〒
所属電話番号		

茨城県知事 殿

年 月 日

氏名

連絡先