様式第５号

茨城県認知症地域医療支援事業研修名簿登録抹消届

茨城県認知症地域医療支援事業研修名簿から抹消してください。

（１）抹消を希望する名簿（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

　　　　　　　　[ ] 茨城県もの忘れ・認知症対応医療機関名簿

　　　　　　　　[ ] 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）抹消理由（簡潔に記載ください）

　茨城県知事　殿

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏 名

所属機関名

所属機関所在地

所属機関電話番号