※メールorＦＡＸにてお知らせください

〔宛　先〕島根県　高齢者福祉課　地域包括ケア推進室　担当　行き

〔メール〕korei@pref.shimane.lg.jp

〔ＦＡＸ〕０８５２－２２－５２３８

**歯科医師認知症対応力向上研修終了者名簿**

**掲載情報等変更（削除）届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 届出日 | 年 | 月 | 日 |
| 電話番号 |  | | |

１．区分（該当するものにチェックしてください）

　　変更　□　　・　　削除　□

２．内容（変更後の情報を記載してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 医療機関 |  |
| 医療機関郵便番号 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 医療機関電話番号 |  |

３．理由（差し支えなければご記入ください）

|  |
| --- |
|  |