認知症サポート医名簿掲載事項変更届

届出の理由（該当するものに〇をつけてください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **変　更** | **名簿登載内容を変更（県内で医療機関を異動、医療機関名の変更等）** |
|  | **削　除** | **県内から県外の医療機関へ転出、退職等（名簿から削除する場合）** |
|  | **新規追加** | **県外から県内の医療機関へ転入（名簿に新たに登載する場合）** |

届出の内容（変更・加除する項目の内容を記載してください：変更を要しない項目は記載不要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | | 届出前の掲載事項  ※「新規追加」の場合は、記載不要 | 届出後の掲載事項  ※「削除」の場合は、記載不要 |
| フリガナ | |  |  |
| 氏　　名 | |  |  |
| 所属医療機関名 | |  |  |
| 医療機関住所 | | 〒 | 〒 |
| 医療機関電話番号 | | （　　　　）　　　- | （　　　　）　　　- |
| 所属診療科 | | 科 | 科 |
| 名簿公表  の  同意 | 県HPでの提供 | 同意する　・　　同意しない | 同意する　・　　同意しない |
| 市町への  提供 | 同意する　・　　同意しない | 同意する　・　　同意しない |

地域住民、市町地域包括支援センター、専門医療機関、介護保険事業所等において、連絡先、相談先として活用するため、特に届出後の掲載事項は、正確に記載してください。

「新規追加」の場合は、研修の修了証書の写しを添付して、下記項目を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 認知症サポート医修了年度 | 平成・令和　　　　　　年度 | | |
| 受講した自治体名 |  | | |
| 名簿公表の同意  （名簿は、御氏名・所属医療機関名、同住所、同電話番号を掲載） | | 県HPでの提供 | 同意する　・　同意しない |
| 市町への提供 | 同意する　・　同意しない |

　　　　　　　　　　年　　月　　日

氏　　　名

生年月日

連　絡　先

【提出先】　佐賀県 健康福祉部 長寿社会課 地域包括ケア推進担当

〒840-8570　佐賀県佐賀市城内1丁目1番59号

e-mail　tiikihoukatsu@pref.saga.lg.jp