　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日:　　年 月 日

認知症に関する各種研修修了者名簿掲載事項変更届

|  |  |
| --- | --- |
| 申請内容 | 変更　　・　　削除　・　　新規追加 |
| 申請理由 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 連絡先電話番号 | －　　－ |
| 研修名 |  |
| 修了年度 | 平成・令和　　　年度 |
| (追加の場合)受講した自治体名 |  |
| 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 |

※名簿は、地域住民、市町村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、相談先として活用されています。

※名簿への追加を希望される場合、各研修の修了証書の写しを添付してください。

【提出先】

福岡県高齢者地域包括ケア推進課　在宅介護・予防係

k-kaigoyobou@pref.fukuoka.lg.jp