年　　月　　日

（あて先）

仙台市健康福祉局保険高齢部

地域包括ケア推進課

氏　　　名　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

電話番号

かかりつけ医認知症対応力向上研修・認知症サポート医養成研修

の修了者情報変更届

下記のとおり登録事項に変更があったので届けます。

１　変更内容（変更のある項目について記載ください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 氏名 |  |  |
| 所属医療機関名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 担当診療科名 |  |  |

２　変更理由（差支えなければご記入ください）

|  |
| --- |
| （例：勤務先変更による） |

下記担当あてに、この用紙をFAX又は郵便で送付ください。

担当：

〒980-8671仙台市青葉区上杉一丁目5-12

仙台市健康福祉局保険高齢部地域包括ケア推進課

（認知症地域医療支援事業 担当者）

電話：022-214-8317（直通）

FAX：022-214-8980