　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　記入日:　　　　年　　月　　日

認知症サポート医名簿掲載事項確認票

* 提出理由（以下の太枠を確認の上、該当するものに〇をつけてください）

変更　　・　　削除　　・　　新規追加

**変更 ： 県内で医療機関を異動された場合、氏名や所属、医療機関名等が変更となる場合等**

**削除 ： 県内から県外の医療機関へ異動された場合**

**新規追加 ： 県外から県内の医療機関へ異動された場合**

「変更」又は「削除」に○をつけられた場合のみ記載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 異動前の医療機関名 | 異動後の医療機関名  ※「削除」に○をつけられた場合は記載の必要はありません |
|  |  |

* 基本情報（連絡先）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 連絡先電話番号 | －　　　　　　－ |
| 認知症サポート医修了年度 | 平成・令和　　　　　　　　　　　年度 |
| 認知症地域医療・地域連携専門研修  修了年度 | 平成・令和　　　　　　　　　　　年度 |
| 所属医療機関名 |  |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 所属診療科 | 科 |

県では、認知症サポート医名簿を、県ホームページで公開しています。

認知症サポート医名簿は、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。

* 認知症サポート医として、名簿公表に同意をお願いします。（1、2どちらかを選択ください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 認知症サポート医名簿の公表に同意します。 |
| 2 | 同意しません。 |

裏面へ

【提出先】

熊本県健康福祉部長寿社会局

認知症対策・地域ケア推進課 認知症対策班

〒862-8570　熊本県熊本市中央区水前寺6丁目18番1号