宛先：沖縄県高齢者福祉介護課 地域ケア推進班　行き

（この用紙のみ電子メールにてお送りください。）

**電子メールアドレス：aa021156@pref.okinawa.lg.jp**

沖縄県知事　殿

年　　　　月　　　　日

申請者氏名：

生年月日：　　　　　年　　　　月　　　　　日

連絡先電話番号：

修了証書番号：第　　　　 　　　 号

「沖縄県認知症サポート医名簿」掲載情報変更・削除・新規追加届

標記名簿の掲載情報を　変更　・　削除　・　新規追加　したいので、下記のとおり届け出ます。

|  |
| --- |
| １　届出内容 |
| 項目 | 届出前の掲載情報 | 届出後の掲載情報（変更及び新規追加の項目のみ記入） |
| 氏名 |  |  |
| 所属機関名 |  |  |
| 所属機関所在地 | 〒 | 〒 |
| 所属機関電話番号 |  |  |
| ２　変更年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ３　変更理由 |  |

※他都道府県からの転入により新規掲載を希望する場合は、「届出後の掲載情報」欄のみご記入ください。