

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: \_\_\_\_\_

「沖縄県かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿」  
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 } 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)
市町村名		
氏名		
医療機関・施設名		
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		