

茨城県認知症地域医療支援事業研修名簿登録抹消届

茨城県認知症地域医療支援事業研修名簿から抹消してください。

(1) 抹消を希望する名簿（該当するものを○で囲んで下さい）

- ・ 茨城県認知症サポート医名簿
- ・ 茨城県もの忘れ・認知症相談医連携名簿
- ・ 茨城県もの忘れ・認知症対応医療機関名簿
- ・ 歯科医師等認知症対応力向上研修修了者名簿
- ・ 薬剤師認知症対応力向上研修修了者名簿

(2) 抹消理由（簡潔に記載ください）

---

---

---

茨城県知事 殿

年 月 日

氏 名

所属機関名

所属機関所在地

所属機関電話番号