宮城県歯科医師認知症対応力向上研修

別紙様式

（添書不要）

**研修修了者・所属機関の公表に関する報告**

宮城県歯科医師認知症対応力向上研修修了者の所属を変更しますので報告します。

【修了者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 修了者氏名 |  |
| 修了者生年月日 |  |
| 修了証書番号 | ※修了証書番号が不明の場合は受講年度を記載してください。  　　　　　　年度受講 |
| (旧)所属機関名 |  |
| (新)所属機関名 |  |
| 新所属での修了者・所属機関名の公表について | 新所属での研修修了者・所属機関名の公表に  同意する　・　同意しない  ※どちらかに〇をつけてください。 |

【送信元情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 担当者 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| Eメールアドレス |  |

＜報告先＞　〒９８０－８５７０

　　　　　　　仙台市青葉区本町３－８－１

　　　　　　　　宮城県保健福祉部長寿社会政策課（担当：地域包括ケア推進班）

　　　　　　　　　電話番号：０２２－２１１－２５５２

　　　　　　　　　E-mail：choujuc3@pref.miyagi.lg.jp

　　　　　　　　　FAX番号：０２２－２１１－２５９６

　　　　　　※本様式の提出は電子メール、FAX、郵送のいずれでもかまいません。