令和　　年　　月　　日

**横浜市認知症サポート医名簿　市外からの転入届**

申請者氏名：

連絡先電話番号：

【届出内容】**下記※印の箇所のみ、ご受講後に横浜市ホームページの名簿に掲載させていただきます。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名※ |  |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　歳 | | |
| 勤務先医療機関名※ |  | | |
| 勤務先所在地※ | 〒 | | |
| 勤務先電話番号※ |  | | |
| 受講年度※ |  | | |
| 電子メールアドレス |  | | |
| 備考欄 |  | | |

【送付先】

この書類と、認知症サポート医養成研修修了証書の写しを、下記担当者宛にEメール、FAXまたは郵送でご送付ください。

○横浜市健康福祉局高齢在宅支援課　認知症等担当

〇e-mail：kf-zaitakude@city.yokohama.jp

〇FAX：045-550-3612

〇住所：〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地の10

【情報の取り扱い】

・横浜市認知症サポート医名簿（氏名、勤務先医療機関（名称・所在地・電話番号）、受講年度）は、横浜市・区、横浜市医師会、市内の認知症疾患医療センターへ情報提供させていただきますので、御了承下さい。

・電子メールアドレスは、横浜市（健康福祉局高齢在宅支援課）からの情報提供や・連絡調整のために利用させていただきます。また、認知症サポート医のフォローアップ及びかかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・開催等のために、横浜市認知症疾患医療センターへ提供させていただきます。