令和　　年　　月　　日

**横浜市認知症サポート医名簿　削除届**

申請者氏名：

連絡先電話番号：

●全ての項目を御記載ください。

【届出内容】

|  |  |
| --- | --- |
| 届出理由  （該当する項目に☑チェックしてください） | 市外への転出  転出先の自治体におかれましても、サポート医名簿の登録申請のお手続きをお願いいたします。  死亡  その他 ※下記枠内に具体的にご記入ください。  （ 　　　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 受講年度 |  |
| （旧）勤務先医療機関名 |  |
| （新）勤務先医療機関名  ※市外への転出の場合のみ |  |
| （新）勤務先医療機関所在地  ※市外への転出の場合のみ | 〒 |

【送付先】

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】

・上記に記載いただいた名簿削除に関する内容について、横浜市・区、横浜市医師会、市内の認知症疾患医療センター等へ情報提供させていただきますので、ご了承ください。