**医療福祉推進課 在宅医療福祉・認知症推進係　あて**

**■ＦＡＸ：０７７－５２８－４８５１　■メールアドレス：ninchisyo@pref.shiga.lg.jp**

滋賀県では、かかりつけ医の支援や、地域包括支援センターとの連携を行う認知症サポート医につきまして、了解の得られた方の氏名や医療機関名等の情報を公表しております。

つきましては、既に認知症サポート医としてホームページに公表している内容に修正が生じた場合は以下にご記入のうえ、当課まで送付いただきますようお願いいたします。

**認知症サポート医情報の修正について**

１．認知症サポート医情報について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 医師氏名
 |  |
| 1. 医療機関名
 |  |
| 1. 住　所
 | 〒 |
| 1. 連絡先
 |  |

２．県ホームページへの公表について

**□ 私は認知症サポート医として県ホームページへの公表を了解します。**

**□ 私は認知症サポート医として県ホームページへの一部公表を了解します。**

**⇒公表可能な項目番号（下欄①～④）を記入ください。（　　　　 　　）**

**□ 私は認知症サポート医として県ホームページへの公表を了解しません。**