

福島県医師会・業務課 行
(FAX:024-521-3156)

(様式第5号)

公表確認書

公表について、該当する項目にチェックの上、署名をお願いいたします。

福島県知事 様

私は、かかりつけ医認知症対応力向上研修会修了後、下記枠内の記載内容を、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターからの問い合わせに対して情報提供を行うこと等により公表することについて

承諾します

承諾しません → 理由：

理由：

令和5年3月11日

所属機関名： _____

所属機関の所在地： 〒 _____

所属機関の電話番号： _____

氏名（自筆署名）： _____

※上記枠内の記載内容は、公表する内容となりますので、御留意願います。