様式２

※この様式は、認定更新時以外に情報の修正が必要になった際に使用してください。

（提出先） FAX ： 077-528-4851

E-mail ： ninchisyo@pref.shiga.lg.jp

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課 在宅医療福祉・認知症施策推進係　あて

**認知症相談医にかかる認定情報の修正について**

医療機関名等：

氏名：

電話番号：　　　　　　　－　　　　　　－

メール：

**〇認定情報に修正がある項目について、以下の表に修正内容を記入ください。**

※滋賀県のホームページ（https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryouhukushi/koureisya/300651.html）への掲載を希望されない項目がある場合は、該当する項目の「公表不可に**×**を記入」欄にその旨記載してください。

また、全ての項目について掲載を希望されない場合は、下記の項目は空欄とし、最後の部分（　）内に〇をご記入ください。

**◆認定情報について（修正内容）※修正がない項目については、改めて記載いただく必要はありません。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 公表不可に**×**を記入 | 内　　　容 |
| ①医療機関名（施設・事業所名） |  |  |
| ②認知症相談医名 |  |  |
| ③所在地 |  | 〒　滋賀県 |
| ④電話番号 |  | TEL:　　　　　　　　　（　　　　　　）　　　　 |
| ⑤ホームページアドレス |  |  |
| ⑥診療科目 |  |  |
| ⑦予約の有無 |  | 有（予約日　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　無 |
| ⑧診療時間⑨診察日 |  |  |
|  |  | 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |  |
| 午前 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜診 | ～ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ⑩（医療機関等の）一言ＰＲ等※往診や訪問看護、家族支援など、力を入れて取り組まれていることなどを記載してください。**（80字程度）** |  |  |

**◆すべての項目についてホームページへの掲載を希望されない方は、右欄に〇をつけてください。（　　　　）**