

## 記入例（変更の場合）

東京都知事 殿

申請者（原則として医師本人）の氏名等を記載し、押印してください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

記載内容についての問合せ先の電話番号を記載してください。

申請者氏名： 東京 太郎 東京

生年月日： 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日

届出の対象となる研修の修了証書番号を記載してください。

連絡先電話番号： 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

修了証書番号：（サポート医）第 〇〇〇〇 号

（かかりつけ医）第 ▲▲▲▲ 号

該当するものに○を付けてください。

「認知症サポート医名簿」・「東京都かかりつけ医認知症研修修了者名簿」  
掲載情報変更・削除・新規追加届

標記名簿の掲載情報を { 変更 ・ 削除 ・ 新規追加 } したいので、下記のとおり届け出ます。

1 届出内容		
項目	届出前の掲載情報	届出後の掲載情報 (変更及び新規追加の項目のみ記入)
氏名	東京 太郎	
所属機関名	〇〇医院	●●●クリニック
所属機関所在地	〒160-0023 新宿区西新宿〇-〇-〇	〒160-0023 新宿区西新宿●-●-● ●●ビル●●●●
所属機関電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	03-●●●●-●●●●
2 変更年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
3 変更理由	(例) 診療所の移転及び名称変更のため	

【提出先】 東京都福祉保健局高齢社会対策部  
在宅支援課認知症支援担当  
〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号

# 記入例（認知症サポート医の転入の場合）

申請者（原則として医師本人）の氏名等を記載し、押印してください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

記載内容についての問合せ先の電話番号を記載してください。

申請者氏名： 東京 太郎 東京

生年月日： 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日

認知症サポート医養成研修修了証書番号を記載してください。

連絡先電話番号： 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

修了証書番号：(サポート医) 第 〇〇〇〇 号

新規追加に〇を付けてください。

(かかりつけ医) 第          号

「認知症サポート医名簿」・「東京都かかりつけ医認知症研修修了者名簿」  
掲載情報変更・削除・新規追加届

標記名簿の掲載情報を { 変更 ・ 削除 ・ 新規追加 } したいので、下記のとおり届け出ます。

1 届出内容		
項目	届出前の掲載情報	届出後の掲載情報 (変更及び新規追加の項目のみ記入)
氏名		東京 太郎
所属機関名		●●●クリニック
所属機関所在地		〒160-0023 新宿区西新宿●-●-● ●●ビル●●●●
所属機関電話番号		03-●●●●-●●●●
2 変更年月日	令和●●年 ●●月 ●●日	
3 変更理由	(例) ●●県から都内へ転入し、新規開業したため	

認知症サポート医資格の確認のため、必ず「認知症サポート医養成研修修了証書」の写しを添付してください。

【提出先】 東京都福祉保健局高齢社会対策部  
在宅支援課 認知症支援担当  
〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号