(別紙２)

意向確認書

認知症サポート医養成研修修了者情報（氏名・所属医療機関等）の公表について意向をお聞かせください。

郡市医師会、地域包括支援センターへの情報提供、三重県のホームページ掲載に

**□ 同意する　・　□ 同意しない**

**（どちらかに☑をしてください）**

情報の公表に「同意する」と回答された方は、下記太線内もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 男・女　 |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 主たる診療科 |  |

サポート医養成研修を受講された方には別途、受講後三重県医療保健部長寿介護課より、情報公開の内容について詳細の調査を予定しております。

予めご了承ください。