（様式３）

福島県薬剤師認知症対応力向上研修修了者名簿

記載事項等変更届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了者氏名 | | 変更前 |  | 変更後 |  |
| （新）  所属  機関 | 名　称 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 新所属における公表 | | 新所属における研修修了者氏名・所属機関名を公表することについて  承諾します　　・　　承諾しません  （どちらか該当するものに○を付けてください） | | | |

　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講年度 | ： |  | | 年度受講 | |
| 修了証書番号 | ： | 第 |  | | 号 |
| 氏名（自署） | ： |  | | | |

　　福島県知事