

様式第1号（第5条第1項関係）

同 意 書

私は、オレンジドクター（もの忘れ・認知症相談医設置要綱第4条に規定する研修
修了者）として、氏名、勤務先名、診療科名、勤務先住所、勤務先電話番号を、広島県
ホームページにおいて公表するとともに、関係市町（地域包括支援センターを含む。）
へ情報提供することに同意します。

広島県知事 様

平成 年 月 日

氏 名 _____

勤務先 _____

診療科 _____

勤務先住所 _____

勤務先電話番号 _____