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

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　勤務先住所