

令和7年度 認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県・指定都市担当者記入欄】

所在地	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
担当部局		担当者名	

【受講者記入欄】

ふりがな 希望者氏名			性別
生年月日	昭和 年 月 日		歳
職場名			
診療科（所属）	:	職名	:
職場住所	〒		
テキスト・修了証書の送付先	〒		
連絡先	電話番号	:	FAX
	E-mail	:	
医師免許	医籍番号	第 号	
	登録年月日	平成 年 月 日	
研修に対する希望			
希望する日程		第 回	
受講料の負担	都道府県市	医師会	所属先 個人 その他
請求書送付先	郵便番号	:	
	住所	:	
	所属	:	
	役職	:	
	氏名	:	
	連絡先 TEL	:	
	E-mail	:	
	請求書宛名（債務者）	:	

(認知症サポート医養成研修)

承諾・同意書

私は、認知症サポート医養成研修を受講するにあたり、下記の認知症サポート医としての役割を担うことを承諾します。

併せて、県が認知症施策の推進を図るために、認知症サポート医として個人情報を利用することに同意します。

記

- 1 かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築
- 2 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力
- 3 県及び認知症疾患医療センターが実施する、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師
- 4 県が実施する、「医療従事者」、「看護職員」、「歯科医師」、「薬剤師」を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師
- 5 市町村が設置する認知症初期集中支援チームへの協力
- 6 県が実施する、認知症サポート医フォローアップ研修を受講する

令和 年 月 日

住 所 (医療機関もしくは自宅)		
氏 名	印	
生年月日	昭和・平成	年 月 日
連絡先 (日中連絡がつく電話番号)		
メールアドレス		
免許番号	番 号	
	登録年月日	