認知症サポート医養成研修受講申込書「別紙」

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 |  |

**１　研修対象者の条件のうち、該当する項目全てにチェックをお願いします。**

[ ]  地域において認知症の診療(早期発見等)に携わっている医師である。

[ ]  「認知症サポート医の役割」を適切に担える医師である。

**認知症サポート医の役割**

ア 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

イ 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

ウ 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした

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

なお、本研修修了後には、上記役割を担うことを御了承いただけるようお願いいたします。

**２　県では研修修了者名簿を公開しています。御同意のうえチェックをお願いします。**

　　[ ] 　研修修了後は、氏名、医療機関名、所在地等を記載した「認知症サポート医名簿」に掲載し、公開することに同意します。

**秋田県公式ウェブサイト美の国あきたネット**

**「認知症サポート医名簿」**

https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/6761