

# 情報提供

那医発第 419 号  
令和5年10月17日

施設長 各位

那覇市医師会  
会 長 友利博朗  
担当理事 平良直人



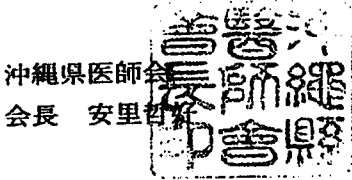
平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。  
沖縄県医師会より「令和5年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（ご依頼）」が届きましたのでご案内申し上げます。

☆ 問合せ先（那覇市医師会 事務局：宮城・前泊 /電話 098-868-7579）

.....記.....

冲医発第 1056号 F  
令和 5年10月16日

地区医師会長 殿



## 令和5年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（ご依頼）

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、沖縄県子ども生活福祉部長より、標記研修受講者の推薦依頼が別添の通り届いております。

本件は、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図るため、かかりつけ医等への助言その他支援や、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」の養成を目的とした、研修会を受講頂く医師を推薦頂きたい旨の依頼となっております。

本研修を受講頂きました医師は、本県において、かかりつけ医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（推薦医師）との連携体制の構築や、本県で開催される「かかりつけ医認知症対応力向上研修」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」等、各種認知症施策に係る研修会の講師等の役割を担って頂く事となっております。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮に存じますが、本研修の主旨をご理解頂き、貴会より本研修受講を希望される医師を、別紙様式と同意書にご記入の上、下記の提出期限までに本会宛 FAX（098-888-0089）にて、ご推薦くださいますようお願い申し上げます。

なお、研修受講費用 50,000 円は県が負担する形となっております。

### 記

- 令和5年度認知症サポート医養成研修受講者（後期）の推薦について（依頼）  
(令和5年10月5日（子高第267-2号）)

#### ※提出期限

	グループワーク日時	書類提出期限
第5回	令和5年12月16日（土）	令和5年10月26日（木）
第6回	令和5年12月17日（日）	令和5年10月26日（木）
第7回	令和5年 1月21日（土）	令和5年11月24日（金）
第8回	令和5年 2月18日（土）	令和5年12月11日（月）

沖縄県医師会事務局庶務課：宮城、崎原  
TEL：098-888-0087/FAX：098-888-0089  
shomu@ml.okinawa.med.or.jp

## 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	〒 900-8570 ..... 沖縄県那覇市泉崎1-2-2		
連絡先	電話番号	: 098-866-2214	FAX : 098-862-6325
	E-mail	: <a href="mailto:ishikank@pref.okinawa.lg.jp">ishikank@pref.okinawa.lg.jp</a>	
担当部局	沖縄県子ども生活福祉部 高齢者福祉介護課	担当者名	石川

## 【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
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒 .....			
職場名				
診療科(所属)	:	職名	:	
連絡先	電話番号	:	FAX	:
	E-mail(グループワークの案内の連絡先) :			
	緊急連絡先電話番号(グループワーク当日に連絡が取れるもの) :			
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	9時30分～11時30分	13時～15時	16時～18時
受講料の負担	<input type="radio"/> 都道府県市	<input type="radio"/> 医師会	<input type="radio"/> 所属先	<input type="radio"/> 個人 <small>その他</small>
請求書送付先	郵便番号	:		
	住所	:		
	所属	:		
	役職	:		
	氏名	:		
	連絡先 TEL	:		
	E-mail	:		
請求書宛先(債務者)	:			

# 令和5年度認知症サポート医養成研修

## 受講後の役割に関する同意書

沖縄県知事 殿

私は、令和5年度認知症サポート医養成研修を受講するにあたり、県が定める推薦の要件を確認しましたので、研修修了後は下記の「認知症サポート医の役割」を担うことに同意します。

### 記

#### 認知症サポート医の役割

- (1) かかりつけ医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（推進医師）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体制づくりへの協力
- (3) 市町村が実施主体の認知症初期集中支援チームへの参加を求められた際の協力
- (4) 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」及び「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」及び各種認知症施策に係る研修会の講師としての協力

以上

令和 年 月 日

医療機関名

氏 名 印