https://forms.gle/cXca6u5bLADdjiEfA



実施要項·目的·研修内容

(カリキュラムコード29)》を満たす研修です。

(カリキュラムコード29)》を満たす研修です。

(カリキュラムコード29)》を満たす研修です。

(カリキュラムコード29)》を満たす研修です。

(カリキュラムコード29)》を満たす研修です。
(カリキュラムコード29)》を満たす研修です。

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)に対し、適





2023

第1回 定員60名

と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医

7/8

ウインクあいち 11階 1102会議室

第2回 定員90名

7/22

ウインクあいち 10階 1001会議室

かかりつけ医の役割

14:00~14:30(30分)

基本知識

14:30~15:30(60分)

休憩15:30~15:40(10分)-----

診療における実践

15:40~16:40(60分)

休憩16:40~16:50(10分)

第1回 名城大学 特任教授

いのくちファミリークリニック 院長

遠藤 英俊

第2回

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐 認知症介護研究・研修大府センター センター長

鷲見 幸彦

地域・生活における実践

16:50~17:50(60分)

第1回 第2回 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域連携推進部 地域医療連携室長

山岡 朗子

対象者 愛知県下で開業又は勤務する愛知県医師会(名古屋市医師会を除く)の会員。その他、愛知県医師会長が適当と認めた医師。

受講申込書 令和5年度かかりつけ医認知症対応力向上研修

受講希望日 (いずれかに☑)	 第1回:令和5年7月8日(土)【締切:6月21日(水)】 (会場:ウインクあいち 11階1102会議室/名古屋市中村区名駅4-4-38) 第2回:令和5年7月22日(土)【締切:7月5日(水)】 (会場:ウインクあいち 10階1001会議室/名古屋市中村区名駅4-4-38) 		
ふりがな 申込者氏名			男・女
生年月日	昭和 ・ 平成	年 月	日(歳)
所属地区医師会 (いずれかに☑)	医師会員(医師会	非会員
医籍登録番号			
勤務先名	(職名:) 科)	
勤務先住所	〒 -		
TEL/FAX	TEL()	- / FAX() =-

FAX 送信方向

AX 052-241-41

- ※上記申込書に必要事項を記入の上、第1回:6月21日(水)、第2回:7月5日(水)までに愛知県医師会医療業務部第3課宛、 FAX(052-241-4130)にてお申し込みください。
- ※定員は、第1回60名、第2回90名となります。定員を上回る申込みがあった場合は先着順とさせていただきます。
- ※受講の可否につきましては受講票の発送をもってお知らせいたします。
- ※研修修了者には愛知県知事名で修了証書を交付するとともに、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者名簿に氏名を掲載します。作成した修了者名簿は、各郡市医師会及び地域包括支援センター等に配布するなど、認知症の人への支援体制構築のために活用します。
- ※ご来場の際は感染予防のため、マスクの着用、手指消毒にご協力をお願いいたします。
- ※新型コロナウイルス感染症の感染状況により、会場変更及び中止となる場合もございますのでご了承ください。
- ※原則として、ご本人の承諾なく、個人情報を本研修以外に利用または第三者に提供いたしません。

お問い合わせ先

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課

〒460-0008 名古屋市中区栄4-14-28

TEL:052-241-4143 FAX:052-241-4130

E-mail:chiiki_3@aichi.med.or.jp

お問い合わせ:土日祝日を除く9:00~17:00

