

愛医発第 1667 号  
令和2年 8月28日

愛知県外科医会 会長 様

公益社団法人 愛知県医師会  
会長 柵木 充明  
(公 印 省 略)

認知症地域医療研修事業「第3回 医療従事者の認知症対応力向上研修」開催について

平素は本会諸事業に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では愛知県より標記事業を受託し、「医療従事者の認知症対応力向上研修」を企画いたしました。本研修は、認知症の患者を広く一般病院等で受け入れることが可能となるよう、医師、看護師を始めとした多職種の医療従事者の方々に、適切な対応を行うための基本的な知識やスキルを習得していただくことが主な目的であります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご承知おきいただくとともに、貴会会員への周知方につきご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

また、参加をご希望される方につきましては、受講申込書に必要事項をご記入の上、**9月28日(月)**までに本会医療業務部第3課宛メールまたはFAXにてご送付くださいますよう併せてお願い申し上げます。

なお、本研修は、尾張・三河地区の医療機関に所属されている方を対象としたものであり、名古屋地区の方は名古屋市医師会主催の研修にご参加いただきますよう重ねてお願い申し上げます。

さらに、受講申込書は、本会ホームページ「お知らせ」欄よりダウンロードできますこと、申し添えます。

担 当：医療業務部第3課

TEL：052-241-4143

FAX：052-241-4130

E-mail：chiiki\_3@aichi.med.or.jp



## 第3回 医療従事者の認知症対応力向上研修(受講申込書)

|        |  |
|--------|--|
| 日 時:   | 令和2年10月10日(土) 14:00~15:30(予定)  |
| 会 場:   | 名古屋プライムセントラルタワー 〒451-0045 愛知県名古屋市西区名駅2-27-8<br>名古屋プライムセントラルタワー13階  |
| 講 師:   | 宮尾真一(名鉄病院 認知症疾患医療センター センター長)   |
| プログラム: | 目的編 (15分) イントロダクション・現状と課題・認知症ケア<br>対応力編 (60分) アセスメント・入院中の対応力<br>連携編 (15分) 院内外連携・管理者<br>※ 演習につきましては、新型コロナウイルス感染症の影響を考慮し中止いたします。 |
| 対 象:   | 尾張地区・三河地区の有床診療所もしくは病院に勤務する医師、看護師、薬剤師、リハビリ職種を始めとした多職種の医療従事者(様々な職種の方々のご参加をお待ちしております)。  |
| 定 員:   | 100名程度(参加無料・要申込)(応募多数の場合は抽選)   |

### 【修了証書の交付】

研修修了者には後日、修了証書を交付いたします。(修了証は、受講者が認知症対策に寄与するという意識向上の観点から発行されるものであり、修了証取得による効力が生じるものではありません。)

|                   |  |                               |       |
|-------------------|--|-------------------------------|-------|
| フリガナ              |  | 性別                            | 男 ・ 女 |
| 申込者氏名             |  |                               |       |
| 生年月日              | 昭和 ・ 平成 年 月 日 ( 歳)   | *修了証書の発行に必要となりますので、必ずご明記ください。 |       |
| 職 種               | 1. 医師 ( 医師会所属・非会員) 2. 看護師 3. 准看護師<br>4. 歯科医師 5. 薬剤師 6. 精神保健福祉士 7. 理学療法士<br>8. 作業療法士 9. 栄養士 10. その他 ( ) |                               |       |
| 医籍登録番号<br>*医師のみ記入 | 第 号  |                               |       |
| 勤務先名              |  |                               |       |
| 勤務先住所             | 〒 -  |                               |       |
| TEL<br>FAX        | TEL ( ) - /FAX ( ) -   |                               |       |

\*受講の可否は、後日ハガキにてご連絡いたします。

\*原則、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。

|  |
|--|
| <p>【お問合せ先】公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課<br/>TEL (052) 241-4143 FAX (052) 241-4130 E-mail:chiiki_3@aichi.med.or.jp</p> |
|--|