

令和7年9月10日

郡市区等医師会長様

一般社団法人 大阪府医師会
会長 加納 康至
(公印省略)

令和7年度 第1回 認知症サポート医フォローアップ研修の開催について (ご案内)

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素は本会事業にご格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本会では、別紙のとおり標記研修を開催いたします。

標記研修は、認知症サポート医を対象としたものですが、認知症サポート医を目指す先生方もご参加いただくことが可能です。

ついては、誠にお手数とは存じますが、貴会会員へご周知賜りますよう何卒よろしく
お願い申し上げます (※本研修の案内は、認知症サポート医の先生方には直接郵送して
おります。また、府医ニュース9月17日号にも掲載されます)。

なお、標記研修は、来場での受講に加え、Webでもご受講いただけます。来場での
受講を希望される場合は、別紙受講申込書に必要事項をご記入の上、10月17日(金)
までに、本会介護福祉課宛にFAX(06-6765-3737)をお送りいただきます
よう、お願い申し上げます。

Webでの受講を希望される場合は、下記URLまたはQRコードよりお申し込みく
ださいよう、お願い申し上げます。

記

日時：令和7年10月25日(土) 午後2時～4時

会場：【来場受講】大阪府医師会館 2階ホール

【Web受講】下記URLまたはQRコードよりお申し込みください。

<お申込みURL>

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_GvpqjBJ5TSG5S3MPoj8t2w

<QRコード>



《事務局》

大阪府医師会 介護福祉課 松下

TEL：06-6763-7002

FAX：06-6765-3737

メール：n-matsushita@po.osaka.med.or.jp

令和7年度 第1回 認知症サポート医フォローアップ研修

1. 日 時：令和7年10月25日（土） 午後2時～4時
2. 場 所：大阪府医師会館2階ホール（※Web配信併用開催）
3. 対 象：府内の認知症サポート医のほか、関係職種の方
4. 会場定員：200名
5. 位置付け：
（1）大阪府・大阪市 認知症サポート医フォローアップ研修事業の一環として実施
（2）大阪府医師会生涯研修システム登録研修会（※2単位）
6. 主 催：大阪府、大阪市、大阪府医師会

《 次 第 》

挨拶： 大阪府医師会 理事 前川 たかし
座 長： 府医「介護・高齢者福祉委員会」委員
大阪府医師会連合会 会長
東淀川区医師会 会長
医療法人 辻クリニック 院長 辻 正純

内 容：

- （1）演題「若年性認知症」（60分/CC29）

大阪大学大学院 医学系研究科 精神医学教室 教授 池田 学

- （2）演題「認知症重症度評価について
～Clinical dementia rating (CDR) を中心に～」(60分/CC29)

近畿大学 医学部 精神神経科学教室 主任教授 橋本 衛

<Webによる研修会（Zoom）受講方法について>

- ①下記URLまたはQRコードよりお申し込みください。

※同一のメールアドレスを使って複数人が申し込むことはできません。

URL：https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_GvpqjBJ5TSG5S3MPoj8t2w



- ②お申し込みの直後にメールが届きますのでご確認ください。

研修会当日の参加ページのURLが、メール文面に掲載されています。

※メールが届かない場合は、恐れ入りますが、n-matsushita@po.osaka.med.or.jp（担当：松下）までご連絡ください。

- ③当日の参加方法

開催1日前に案内メールが届きます。当日の参加ページのURLが掲載されていますので、URLをクリックしてご参加ください。

※ネット回線が混み合う可能性があるため、研修会の開始（午後2時）までに余裕をもってご参加ください。

- ④研修会の資料について

開催1日前の案内メールにて、ダウンロード用のURLを掲載予定です。

※講師の都合により掲載できない場合もございます。ご了承ください。

- ⑤受講確認について

当日のWeb入退時刻により、受講確認を行います。

※来場受講用申込書

【大阪府医師会介護福祉課 行 ⇒ FAX:06-6765-3737】

《第1回 認知症サポート医フォローアップ研修》

日時：令和7年10月25日（土）午後2時～4時

会場：大阪府医師会館 2階ホール

申込締切：10月17日（金）まで

①医療機関名（所属機関）：

②医療機関所在地：〒

フリガナ

③お名前：

④生年月日：（西暦） 年 月 日 生まれ

⑤医籍登録番号：

⑥所属地区医師会名：

⑦ご連絡先TEL：

⑧ご連絡先FAX：

※地区医師会用