

令和6年1月5日

郡市区等医師会長 様

大阪府医師会長
高井康之
(公印省略)

令和5年度第2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）

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（※本研修のご案内は、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1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、2月2日（金）までに、本会地域医療2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。

なお、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ますよう、お願い申し上げます。

記

日 時：令和6年2月10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_0d0wvHDSyqXvkT-gPGueg

<QRコード>



<< 事務局 >>

大阪府医師会 地域医療2課 松下

TEL：06-6763-7002

FAX：06-6765-3737

メール：n-matsushita@po.osaka.med.or.jp

令和5年度 第2回 認知症サポート医フォローアップ研修

1. 日 時：令和6年2月10日（土） 午後2時～4時
2. 場 所：大阪府医師会館2階ホール（※Web受講併用）
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：大阪府医師会、大阪府、大阪市

《 次 第 》

挨 拶： 大阪府医師会 副会長 中尾 正俊
座 長： 府医「介護・高齢者福祉委員会」委員
東淀川区医師会 会長
医療法人辻クリニック 院長 辻 正純

講 演：

- （1）「認知症施策の方向性～共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立して～」

（60分/6）

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
課長補佐（医系技官）

中西 亜紀

- （2）「認知症サポート医の活動と歴史」（60分/29）

国立長寿医療研究センター もの忘れセンター
連携システム室長

堀部賢太郎

<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。

https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_0d0wvvhDSyqXvkT-gPGueg



- 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。

※インター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を掲載する予定です。

※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

【大阪府医師会地域医療2課 行 ⇒ FAX:06-6765-3737】

《第2回 認知症サポート医フォローアップ研修》

日時：令和6年2月10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：2月2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