

令和6年8月2日

郡市区等医師会長様

一般社団法人 大阪府医師会
会長 中尾正俊
(公印省略)

令和6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8月7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、9月6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9月21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_mKKH7xTKRRK4rP2kUc3KrQ

<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

※貴会（地区医師会）が実施主体となって標記研修を開催していただくことも可能です。詳細等は上記にご連絡ください。

令和6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6年9月21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：大阪府医師会、大阪府、大阪市

＜ 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
なかクリニック 院長 中 祐次

内 容：

- （1）演題「多職種連携にむけての当院の取り組みと、
私の考える認知症サポート医の役割について」（120分/0029）

大阪精神医学研究所新阿武山病院 副診療部長
大阪府認知症疾患医療センター センター長

森本 一成

＜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_mKKH7xTKRRK4rP2kUc3KrQ



- 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、メール文面下段に記載されています。

※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が記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１回 認知症サポート医フォローアップ研修》

日 時 : 令和６年９月２１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 : ９月６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