

令和4年5月2日

府内各地区医師会長 様

大阪府医師会長
茂松 茂人
(公印省略)

令和4年度 認知症サポート医養成研修【前期】(オンライン開催)
受講者の募集について(依頼)

平素は本会事業に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、標記について、大阪府より推薦依頼がございました。

認知症サポート医は、かかりつけ医等への認知症診断等に関する相談や地区医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力などの役割を担う医師です。

つきましては、公務ご多用のところ、誠に恐縮ですが、認知症サポート医の役割を理解した上で、標記研修の受講を希望される貴会会員の推薦をお願いいたく存じます。

別添の受講申込書および受講希望調書を記入の上、5月24日(火)までに、メール(chiikiiryo2@po.osaka.med.or.jp)にて地域医療2課宛にご回報くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1. 日程：①講義編(eラーニングシステム)

※受講決定通知後、グループワーク開催日の3日前までに受講。

eラーニングシステムのテスト合格をもって、グループワークの参加が可能となります。

②グループワーク(Zoomにて実施)

※下記時間帯よりいずれか1回を受講

第1回	令和4年6月25日(土)	各日につき、下記3回実施	
第2回	7月16日(土)		①10時~12時
第3回	8月20日(土)		②14時~16時
第4回	9月17日(土)		③17時~19時

※グループワークについての案内は、開催日の概ね1週間前までに受講申込書に記載のメールアドレスに送信されますので、ご注意ください。

2. 受講費用：原則、受講者負担。なお、受講希望調書に基づき、各市町村の認知症施策への参画状況等を勘案した上で、大阪府が受講費用(前期50名程度分)を負担。申込者多数の場合は、大阪府と大阪府医師会が協議の上、受講者を決定。

3. 受講申込：締切日までに受講申込書および受講希望調書をメールにて提出

※「受講申込書」の「受講料の負担」欄および「請求書送付先」欄については、自己負担となった場合の「受講料の負担者」および「請求書送付先」をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。

4. その他：複数名の申し込み可。

受講決定の通知は、大阪府より各受講申込者宛に送付されます。

※グループワークの定員は1日147名であり、各時間帯49名×3回とされており、ご希望に添えない場合がございます。予め、ご了承ください。

※別添資料に記載のオンライン受講に伴う必要機器等をご準備いただく必要がございます。

<事務局>

大阪府医師会地域医療2課（松下、吉田）

TEL：06-6763-7002/FAX：06-6765-3737

メール：chiikiiryo2@po.osaka.med.or.jp