

FAX：03-3292-7097 または E-mail：iryofukushi@tokyo.med.or.jp により
東京都医師会医療福祉課あてにお送りください。

東京都医師会 医療福祉課 行

(公益社団法人東京都医師会・東京都福祉保健局 共催)

平成28年度 認知症サポート医・かかりつけ医認知症対応力向上研修 認知症の人と家族を支える地域連携体制の構築に向けて

1. 日 時：平成29年1月15日(日) 13時30分～16時45分(13時受付開始)

2. 場 所：東京都庁第一本庁舎5階 大会議場(定員550名)

※先着順。定員に達した場合、ご参加をお断りすることがございます。

受講申込書

ご所属先	(医療機関、施設等の名称をご記入下さい。)	
電話・FAX	(電話)	(FAX)

職 種 (該当職種に○をつけて下さい)	(ふりがな) 氏 名
1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. ケアマネジャー 6. 介護福祉士 7. MSW(ソーシャルワーカー) 8. 理学療法士 9. 作業療法士 10. 言語聴覚士 11. セラピスト 12. 行政職員 11. その他 ()	()

※お手数ですが、ご記入の上、12月16日(金)までに東京都医師会医療福祉課あてに
FAX(03-3292-7097)またはE-mail(iryofukushi@tokyo.med.or.jp)によりご提出下さ
いますようお願いいたします。

* 国の認知症サポート医養成研修を修了した「認知症サポート医」には、東京都より案内が
直送されますので、当該案内に添付の「認知症サポート医」用の受講申込書により東京都
にご提出下さいますようお願いいたします。

* 受講票はございません。当日は直接会場にお越しください。