

(様式1)

合意書

認知症サポート医

医療機関名	
連絡先	
氏名	

地域包括支援センターや関係機関が行う以下の取組に協力いたします。

地域包括支援センターに協力する事項	確認欄 (協力する事項に○を 記載すること)
認知症のある方への診療及び入退院支援	
地域包括支援センターが主催する認知症関連の会議体への参加	
地域包括支援センターの相談医	
認知症カフェ等の認知症の人と家族介護者等を対象とした取組への参加	
地域住民向け講演会や多職種向け等研修等への協力や講師としての参加	
運転免許更新に係る診断書作成	
成年後見に係る診断書作成	

上記の者の協力を得ることに同意します。

年 月 日

地域包括支援センター名： _____

センター長名： _____

(地域包括支援センター確認欄)

地域包括支援センター名	
担当者名	
連絡先	