

名簿公表に係る連絡事項について

【公表目的及び公表方法】

東京都では、認知症のある人・家族や医療関係者等が、認知症の疑いや不安が生じた時の相談先・受診先等を探す際の利便性向上を図るため、認知症サポート医養成研修修了者から公表の同意を得て、東京都のホームページ・広報誌等を活用して、研修修了者名簿を公表しています。

また、区市町村が作成・配布する広報誌・印刷物等への掲載などを可能にするため、同名簿について区市町村に情報提供しています。

※「認知症サポート医養成研修」を修了され、別紙「認知症サポート医養成研修名簿公表に係る同意確認書」にて名簿公表について同意していただいた場合、

とうきょう認知症ナビ（相談窓口―医療機関案内―認知症サポート医名簿）

http://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryou_kikan/support_meibo/index.html

において、同意事項が掲載されます。

記載内容に変更が生じた場合には、上記ホームページに掲載されている「掲載情報の変更について」にしたがって、変更の手続きをお願いいたします。

【担当】

東京都福祉局高齢者施策推進部
在宅支援課認知症支援担当

直通電話：03-5320-4304

FAX：03-5388-1395

認知症サポート医養成研修 名簿公表に係る同意確認書

東京都知事 殿

【公表目的及び公表方法】

東京都では、認知症のある人・家族や医療関係者等が、認知症の疑いや不安が生じた時の相談先・受診先等を探す際の利便性向上を図るため、原則として認知症サポート医養成研修修了者から公表の同意を得て、東京都のホームページ・広報誌等を活用して、研修修了者名簿を公表しています。

また、区市町村が作成・配布する広報誌・印刷物等への掲載などを可能にするため、同名簿について区市町村に情報提供しています。

下記のいずれか該当する番号に○を付けてください。

記

1 氏名、所属医療機関名、所属医療機関所在地、所属医療機関電話番号を公表することに同意します。

2 所属医療機関名、所属医療機関所在地、所属医療機関電話番号を公表することに同意します。

※氏名の公表には同意しません。

【1もしくは2を選択した方】

→必ず下欄に、公表が可能な所属医療機関の情報を記載してください。

所属医療機関名	
所属医療機関所在地	〒
所属医療機関電話番号	

※上記に記載された情報が、修了者名簿に掲載されます。

3 提供することに同意しません。

同意しない理由

年 月 日

署 名

※自署の場合は押印不要です。