

## 《記入上の注意》

### 1 記載事項

- (1) 楷書で正確に記入してください。
- (2) 忘れずに押印をしていただき、原本を郵送にて下記担当宛お送りください。
- (3) 記入例を参考に、記入漏れのないように記入してください。記載内容に不明点がある場合は、電話等で確認させていただく場合がありますので、御了承ください。
- (4) 「認知症サポート医名簿」及び「東京都かかりつけ医認知症研修修了者名簿」への反映には、提出後、約2週間程度の期間を要する場合がありますので、御了承ください。
- (5) 原則として、氏名・医療機関名・医療機関所在地・医療機関電話番号の全てが公表事項ですが、一部のみの公表も可能です。一部のみの公表を希望される場合は、以下の問合せ先までご連絡ください。

### 2 添付書類

他道府県で認知症サポート医養成研修を受講後、都内での開業・勤務等に伴い認知症サポート医名簿への掲載を希望される場合は、資格確認のため、認知症サポート医養成研修修了証書の写しを添付してください。

### 3 提出先・問合せ先

〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号  
東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課 認知症支援担当  
電話03-5320-4304