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。