

## 《記入上の注意》

### 1 記載事項

- ・データを E-mail（メール送付が難しい方や2に記載の添付書類がある方は郵送）にて下記担当宛お送りください。
- ・E-mailにてご提出いただく場合は、件名を「認知症支援担当宛 名簿変更届」としていただき、東京都から確認事項の問い合わせをさせていただく際の、日中連絡可能な電話番号をメール本文にご記載願います。送付先のアドレス間違いにご注意ください。
- ・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。
- ・「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、提出後時間を要する場合がありますので、御了承ください。

### 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、名簿公表の同意確認及び資格確認のため、「認知症サポート医養成研修 名簿公表に係る同意確認書」の原本及び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 福祉局 高齢者施策推進部 在宅支援課 認知症支援担当

電話 03-5320-4304

E-mail S1140603@section.metro.tokyo.jp