

(案)

平成 29 年度 認知症サポート医 フォローアップ研修

日 時：平成 30 年 2 月 10 日（土）16：30～19：00

場 所：ホテルライフオー ト札幌 2 階「ライフオー ト」

1. 開 会 16：30～16：32

2. 換 拶 16：32～16：35

3. 基調講演 16：35～17：05

座 長 北海道認知症サポート医連絡協議会 副幹事長 伊古田 俊 夫

「認知症サポート医の現状と展望について」

北海道認知症サポート医連絡協議会 幹事長 藤 原 秀 俊

4. シンポジウム 17：05～19：00（30分×3名＋総合討論 25分）

テーマ「北海道の認知症高齢者を取り巻く状況と地域での活動」

座 長 北海道認知症サポート医連絡協議会 幹事長 藤 原 秀 俊

シンポジウム

①「北海道の認知症施策について（仮）」

北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課 主幹 山 谷 智 彦

②「北海道の認知症高齢者の自動車運転について（仮）」

北海道警察本部交通部運転免許センター

運転免許試験課適性審査担当課長補佐 伊 藤 賢 一

③「西胆振の認知症初期集中支援チームの現状について（仮）」

医療法人社団千寿会 三愛病院 理事長・院長 千 葉 泰 二

5. 閉 会 19：00

北海道医師会事業第二課 行
(FAX 011-252-3233)

平成29年度認知症サポート医フォローアップ研修参加申込書

申込期限 平成30年2月7日(水)

○郵送でお申し込みの方

(送付先) 〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会事業第二課宛

○E-mailでのお申し込みの方

(送信先) 2ka@m.douj.jp

申込日 平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	
所属郡市 医師会	
医籍登録番号	
所属機関名	
所属機関住所	〒 (TEL - -) (FAX - -)
設立総会 (16:15~16:30) ※同会場	出席・欠席する (いずれかに○をお付けください)

※ 申込書に記載いただいた個人情報は、原則として本研修会関係者(担当役職員、講師等)でのみ使用し、それ以外に利用いたしません。