



平成24年 3月吉日

認知症・高齢者支援
ご担当・関係各位殿

福岡県認知症医療センター
久留米大学病院

内村 直尚
森田喜一郎
(押印省略)

福岡県認知症医療センター
「認知症地域医療連携協議会」の委員の推薦について (お願い)

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

このたび福岡県が策定した「福岡県認知症医療センター運営事業実施要綱」に基づき、当院が福岡県より、平成23年11月15日付で「福岡県認知症医療センター」の指定を受け、北筑後地区を担当することとなりました。

認知症医療センターの運営にあたり、「福岡県認知症医療センター運営事業実施要綱」に、「認知症地域医療連携協議会の開催」が義務づけられています。この協議会は、地域の保健医療、福祉、介護関係者で協議の場を設け、認知症に関する地域の実態把握、関係機関の連携強化等をはかることを目的としています。

つきましては、貴団体より「認知症地域医療連携協議会 北筑後地区」の委員の方を一人御推薦していただきますようお願いいたします。

今後協議会は年4回ほど不定期に開催される予定ですが、委員になられた方には毎回の御参会をお願い申し上げます。

御推薦いただく方につきまして、別紙「委員推薦書兼就任承諾書」にご記入の上、3月15日(木)までにFAXにてご提出いただきますよう、お願いいたします。

お問い合わせ先

福岡県認知症医療センター 久留米大学病院

久留米大学医学部 神経精神医学講座

〒830-0011 久留米市旭町67 (担当: 小路 純央)

TEL 0942-31-7564 FAX 0942-35-6041

E-mail yshoji@med.kurume-u.ac.jp

別紙 認知症地域医療連携協議会委員推薦書兼就任承諾書

FAX送信先 0942-35-6041
(福岡県認知症医療センター 久留米大学病院)

※3月15日(木)までにFAXにて、お願いいたします。
※かがみ文は不要です。

福岡県認知症医療センター 久留米大学病院
認知症医療センター長 殿

下記の者を認知症地域医療連携協議会委員として推薦いたします。

(所属団体名) _____

(代表者名) _____ 印

福岡県認知症医療センター 北筑後地区
認知症疾患地域医療連携協議会委員への就任を承諾いたします。

(団体名) _____

(役 職) _____

(氏 名) _____ 印

(連絡先) 所在地 _____

電話 _____

FAX _____

E-mail _____



平成24年 3月 1日

福岡県認知症医療センター 北筑後地区
認知症地域医療連携協議会委員各位

福岡県認知症医療センター
久留米大学病院
内村 直尚
森田喜一郎
(押印省略)

平成23年度 第1回 認知症地域医療連携協議会の開催について (ご案内)

時下、皆様におかれましてはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
さて、福岡県認知症医療センターの平成23年度第1回認知症地域医療連携協議会 北筑後地区を下記のとおり開催いたします。

つきましては、ご多忙のところ、まことに恐縮ではございますが、万障お繰り合わせの上、ご出席くださいますよう、お願い申し上げます。

なお、ご多忙の折大変お手数ですが、平成24年3月22日(木)までに別紙「出欠連絡票」をFAXにてお送りいただきますよう、あわせてお願い申し上げます。

記

- 1 日時 平成24年 3月28日(水) 18:00～ 1時間程度
- 2 場所 久留米市役所3階 305会議室
- 3 内容 協議会委員顔合わせ、認知症地域医療連携について情報交換など

お問い合わせ先

福岡県認知症医療センター 久留米大学病院
久留米大学医学部 神経精神医学講座
〒830-0011 久留米市旭町67 (担当: 小路 純央)
TEL 0942-31-7564 FAX 0942-35-6041
E-mail yshoji@med.kurume-u.ac.jp