大阪府認知症疾患医療センター応募申請書

年　　月　　日

大　阪　府　知　事　　様

病院所在地

病　院　名

開設者名

　大阪府認知症疾患医療センター指定病院について、下記のとおり関係書類を添えて応募します。

記

イ．医療機関基本情報（様式２）

ウ．事業実施体制（様式３）

エ．専門医療相談を行う組織の体制図

オ．認知症専門医の学会認定証（写し）

カ．医師経歴書（様式４）

キ．臨床心理技術者の保有資格証（写し）

ク．臨床心理技術者経歴書（様式５）

ケ．精神保健福祉士等の保有資格証（写し）

コ．精神保健福祉士等経歴書（様式６）

サ．連携に関する承諾書（様式７）

シ．認知症疾患医療に関する取組み（様式８）

ス．地域連携拠点機能に関する実績（様式９）

セ. 様式９の実施内容が分かる資料

ソ．地域連携拠点機能に関する計画（様式10）

タ．診断後等支援機能（様式11）

チ. アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援等機能（様式12）

ツ．認知症施策の推進への関与（様式13）

テ．認知症疾患医療センターとしての取組方針（様式14）

ト．令和７年度認知症疾患医療センター運営事業予定経費（様式15）

ナ．誓約書（様式16）

二．医療機関の概要が分かる書類（任意様式：パンフレット等）

※下線書類は該当する場合のみご提出ください。