

FAX 03-3818-2977

一般財団法人 日本口腔保健協会 行

受講申込書

事業者名			
連絡先	〒 TEL:	携帯番号	
ふりがな			
参加者名			
職 種	<input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> その他()		
受講票 送付先	<input type="checkbox"/> FAX: _____		
	<input type="checkbox"/> PCメールアドレス _____		
	<input type="checkbox"/> 郵送 _____		

* 講義の参考にさせていただきますのでご記入ください。

●施設、デイサービス・デイケア、グループホーム、小規模多機能、特定施設等に勤務されている方

1. あなたの事業所では口腔機能向上サービスを行っていますか。

はい · いいえ → (理由:)

「1…はい」と答えた方

2. あなたの事業所では口腔機能向上加算をしていますか。

はい · いいえ → (理由)

3. お困りのことがありましたらご記入ください。

()

●ケアマネジャーの方

1. 「口腔機能向上サービス」を組み込んだケアプランを作成していますか。

いいえ · はい → (現在何ケース:)

* 研修申込の際にいただく個人情報は、本研修会の目的以外には使用いたしません。

お問い合わせ先:一般財団法人日本口腔保健協会
〒113-0033 東京都文京区本郷 2-28-3 山越ビル
TEL:03-3818-4158(担当:上原・根岸)