

(別記様式第5号)

(宛先)新潟市口腔保健福祉センター事務局

申込日:平成 年 月 日

口腔ケア研修事業申込書

口腔ケア研修事業を次のとおり申し込みます。

施設名		施設長名	
		担当者名	
住所	〒 - 新潟市 区	TEL	
		FAX	
施設種別	主となる施設種別一つに を付けてください ・指定通所介護事業所 ・指定通所リハビリテーション事業所 ・指定認知症対応型通所介護事業所 ・指定小規模多機能型居宅介護事業所 ・指定認知症対応型共同生活介護事業所 ・指定短期入所生活介護事業所 ・指定地域密着型通所介護事業所 ・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ・養護老人ホーム ・軽費老人ホーム		
施設協力 歯科医師	歯科医院名 歯科医師名	TEL	

1 実施希望日: ・貴施設と担当歯科専門職との調整で決定しますのでご希望に添えない場合もございます。

・平成30年3月末日までの日時で申込より 1ヶ月程の余裕を持ちご記入下さい。

	希望日時						参加予定人数
第1希望	平成	年	月	日	午前・午後	時頃	人
第2希望	平成	年	月	日	午前・午後	時頃	人
第3希望	平成	年	月	日	午前・午後	時頃	人

2 希望する研修内容 (該当する項目に をつけて下さい)

(1) 口腔ケアについて	(ア) 歯磨き(ブラッシング)方法	(イ) 舌の清掃
	(ウ) 義歯の清掃	(エ) 補助用具の使用方法
(2) 口腔リハビリについて	(ア) 口の体操	(イ) 摂食・嚥下障害について
(3) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善について		
(4) その他 ()		

3 口腔ケア研修によって習得したいサービス利用者の要介護度(該当する項目に をつけて下さい)

(1) 要支援1	(2) 要支援2	(3) 要介護1
(4) 要介護2	(5) 要介護3	(6) 要介護4
(7) 要介護5	(8) その他 ()	

4 その他