

(別記様式第5号)

新潟市口腔保健福祉センター事務局 行

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 ・通所介護事業所 ・通所リハビリテーション事業所 ・短期入所生活介護事業所 ・地域密着型通所介護事業所 ・認知症対応型通所介護事業所 ・小規模多機能型居宅介護事業所 ・認知症対応型共同生活介護事業所 ・地域密着型特定施設入居者生活介護事業所 ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所 ・看護小規模多機能型居宅介護事業所 ・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・介護療養型医療施設 ・養護老人ホーム ・軽費老人ホーム		

#### 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31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)

(ア) 歯磨き(ブラッシング)方法	(イ) 舌の清掃	(ウ) 義歯の清掃
(エ) 補助用具の使用法	(オ) 口の体操	(カ) 摂食・嚥下障がいについて
(キ) 口腔アセスメント及び口腔機能改善について		
(ク) その他 ( )		

#### 3 担当歯科医師

- ・協力歯科医師または過去に担当した歯科医師で、ご希望があればご記入ください。
- ・担当を決める際の参考としますが、ご希望に添えない場合もございます。

歯科医院名	TEL
歯科医師名	