

口腔機能向上体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
サービス種類	(総合事業) 介護予防通所介護相当サービス

口腔機能向上体制の状況	口腔機能向上サービスに関わる者				
	職 種	氏 名	常勤・非常勤の別	専従・兼務の別	本務の場所
	言語聴覚士				
	歯科衛生士				
	看護職員				

備考

- 1 「異動等区分」欄については、該当する番号に○印を付してください。
- 2 資格者証を添付してください。