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。