

歯科・講座及び健診申込書

申込日(西暦) 年 月 日

事業所名			
業種	・介護老人福祉施設 ・介護老人保健施設 ・病院又は診療所 ・通所施設		
	・グループホーム ・保育(幼稚園) ・その他()		
所在地			
代表者			電話 ー ー
開催希望 西暦年・月日・曜日・時間	第一希望	年 月 日() 時 分	第二希望 年 月 日() 時 分
開催場所			
受講(健診)対象者	・入所者 ・通所者 ・介護職 ・看護職 ・その他()		
受講(健診)人数	名	担当者	電話 ー ー
担当者氏名			所属部署
希望講座(○付てさい)	1. 口腔ケア		
	(1) お口の健康について	(2) 正しい歯みがきの仕方	(3) 介助者が行う口腔ケア
	(4) 摂食・嚥下障害について	(5) 誤嚥性肺炎について	
	2. 義歯について		
	(1) 義歯の取扱い方	(2) 義歯のお手入れの仕方	(3) 機械による義歯の洗浄
	3. 歯科健診	4. その他()	
特記事項			

※申込みは開催希望日の2ヶ月前までをお願い致します。

○申込書提出先 (FAXにてお申込下さい。)

FAX 0948-24-2317

申込書確認後、開催可否・日程調整し、ご担当者へ後日ご連絡致します。

医療法人康和会 本部事務局

〒820-0081 福岡県飯塚市枝国495-15

TEL 0948-24-8181

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問合せ下さい。

※受付事業所
※事務局確認
※理事長確認