

# 啓発講座申込書(FAX用)

申込日 平成 年 月 日

○ 事業所名称					
○ 業 種		(介護老人福祉施設)・(介護老人保健施設)・(病院・診療所)			
		(通所施設)・(グループホーム)・( )			
○ 所在地					
○ 代表者		○ 電 話		— —	
○ 開催希望日		第一希望日	月 日	第二希望日	月 日
○ 受講対象者		(入所者)・(通所者)・(介護職)・(看護職)・( )			
○ 受講人数		名	○ 健診人数		名
○ 担当者氏名		○ 所属部署			
○ 希望講座					
<b>1. 口腔ケア教室</b>					
(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			
<b>2. 義歯について</b>					
(1) 義歯の取り扱い方		(2) 義歯のお手入れの仕方		(3) 機械による義歯の洗浄	
<b>3. 歯科健診</b>					
○ 特記事項					
○ 申し込み先					
医療法人 康和会 往診部受付担当 淀川					
電 話		<b>0120-52-4567</b>		F A X	
				<b>0948-24-4146</b>	