

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	1 地域密着型通所介護 2 認知症対応型通所介護 3 介護予防認知症対応型通所介護 4 介護予防通所事業（介護予防・生活支援サービス事業）		

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

- 「異動等区分」「サービス種類」欄については、該当する番号に○印を付してください。
- 資格証を添付してください。
- 地域密着型サービス事業、介護予防・生活支援サービス事業で担当者が異なる場合は別様に

してください。