別紙第３号様式

口腔ケア指導申込書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿健康福祉(環境)事務局長　様

口腔ケア指導を次のとおり申し込みます。

指定通所介護事業所・担当者名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１　実施希望日時

第１希望日時　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第２希望日時　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第３希望日時　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　申込(同意)者＿＿＿＿＿名　　別添のとおり

口腔ケア指導紹介書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師会長　様

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿健康福祉(環境)事務所長

上記指定通所介護事業所が口腔ケア指導を希望していますので紹介します。

口腔ケア指導依頼書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師　様

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿歯科医師会長

上記指定通所介護事業所での口腔ケア指導を依頼します。