（別紙様式5）

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 |
| 施設等の区分 | 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 |

口腔機能向上サービスに関わる者

体制の状況

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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」「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。

　２　資格証を添付してください。

　３　地域密着型サービスと介護予防サービスで担当者が異なる場合は別様にしてください。