

(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 3 介護予防認知症対応型通所介護 2 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。