【別紙１】

介護分野における未病改善のためのオーラルフレイル対応型指導者育成研修会　申込書

漏れなくご記入の上、令和元年 10 月 11 日(金)までに FAX(0120-681-786)にて申込み下さい

施設名			
住所	〒：		
(フリガナ) 受講者氏名		職種	
受講希望日	受講希望日に〇をつけて下さい。		
	どちらの日程でも可	10 月 24 日(木)	11 月 21 日(木)
電話番号		E-mail	

●以下の事前アンケートは、本研修会を皆様のニーズにより近づけることを目的とし、実施させていただくものです。つきましては、事前アンケートにご協力いただきますようよろしくお願いいたします。(回答できる範囲で構いません。)

【事前アンケート】　当てはまるものに✔して下さい。(１は数字で回答)

1　貴施設について教えて下さい。

(1) 入所者数等について
現在の入所者数（　　名)、定員（　　名)、職員数（　　名)

(2) 口腔ケアに携わる職種について
□　看護師　　□　准看護師　　□　介護福祉士　　□　歯科衛生士
□　リハ専門職　　□管理栄養士・栄養士　　□　その他（　　）

2　入所者への口腔ケアの実施を、ケアプラン等に位置付けていますか
□　位置付けている　　□位置付けていない

3　貴施設で口腔ケアに関して困っていることや当該研修にて学びたい内容がありましたら、ご自由に記載下さい

ご協力ありがとうございました。

当該申込書に記載頂いた内容及びアンケートへの回答内容については、神奈川県歯科医師会が管理します。事業結果が公表される場合でも、個人（または高齢者施設）を明らかにすることはありません。