（様式第 26 号）

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　通　所　介　護　　２　通所リハビリテーション ４　介護予防通所リハビリテーション		

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

1　「異動等区分」「サービス種類」欄については、該当する番号に〇印を付してください。

2　資格証を添付してください。

3　居宅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。