

取扱注意

令和 年 月 日

# 自己推薦状

口腔健康管理地域支援リーダーの登録者として自己推薦いたします

- 有する認定コース  在宅療養指導・口腔機能管理  
 摂食嚥下リハビリテーション

フリガナ			
氏名			
会員番号		所属支部名	支部
住所	〒 -		
連絡先	- -		
メールアドレス			
勤務先及び口腔健康管理を実施している施設等			
口腔健康管理業務経験年数	年 月		
志望事由			

※自己推薦状の情報は、この事業以外には使用いたしません