

取扱注意

令和 年 月 日

支部長推薦状

口腔健康管理地域支援リーダーの登録者として下記の者を支部長推薦いたします

- 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	ヶ月	
推薦事由	支部長 ()		

※支部長推薦状の情報は、この事業以外には使用いたしません