

講師派遣希望書

令和 年 月 日

希望日	
場 所	
行事名	
講演内容	口腔ケアの必要性・パタカラの歌など 定期的な歯科受診のすすめ・介護連携室の紹介
時 間	
対象者(受講者)	
対象者人数	

依頼元	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
ご担当者様	

基本的な口腔ケアのお話と、介護連携室のPRです。(1時間程度)
歯科医師や歯科衛生士向けの内容ではありませんのでご了承ください。
ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

名古屋市在宅歯科医療・介護連携室

電話：619-4188

FAX：619-4189