

令和　年　月　日

佐野市長　様

所在地

法人又は団体の名称

代表者の氏名

印

「口腔機能の向上」のサービス・活動C（訪問型）の受託申込書

令和8年度における佐野市介護予防・日常生活支援総合事業「口腔機能の向上」
のサービス・活動C（訪問型）を実施したいので、次のとおり関係書類を添えて申
し込みます。

なお、事業実施の適正性を確保するため、厚生労働省で示している「口腔機能向
上マニュアル」を理解したうえで申し込みます。

1 申請についての連絡先

ふりがな 担当者氏名		
連絡先	住所	(〒)
	電話	
	FAX	
	E-mail	
備考		

2 実施しようとする場所等について

事業所の名称		
事業所の所在地	(〒)	
電話・FAX	電話	FAX
事業所責任者氏名		
実施可能 曜日	月・火・水・木・金・土・日	
実施予定 時間帯	時 分 ~ 時 分	

3 「サービス・活動C（訪問型）」を実施するに当たっての職員の実施体制について

氏名・生年月日 S.H 年 月 日 生	資格・職種 経験年数 年	内部か外部職員の別（外部の場合、所属等） 介護予防に関する実績等 正規職員・臨時職員・外部（ ） 実績
S.H 年 月 日 生	年	正規職員・臨時職員・外部（ ） 実績
S.H 年 月 日 生	年	正規職員・臨時職員・外部（ ） 実績

*従事することが確保予定の場合は氏名欄に（予定）とのみご記入ください。

*「資格・職種」については証明する書類の写しを添付してください。

*「経験年数」については、資格を取得してからの年数ではなく、資格を活かして勤務したトータルの年数を記入してください。

4 実施内容について

実施を考えているプログラムの具体的な内容をご記入ください。

「サービス・活動C（訪問型）」実施予定プログラム内容

回 数	内 容	従事者数（職種）
第1回		
第2回		
第3回		
第4回		

口腔機能向上させるための貴事業所の特徴、アピールしたい点を記載してください。

終了後も参加者が継続してセルフケアを行えるような働きかけ等の工夫点を記載してください。