

ふりがな 氏名	鶴岡 花子	生年月日 (男・女) <年齢>	昭和 62 年 1 月 1 日 (男・女) <32 歳>
住所	〒999-1111 鶴岡市馬場町 9 番 25 号		
	連絡先 (連絡時間帯)	(自宅) 25-2111 (携帯) 090-0099-1111	(午後 6 時～午後 8 時) (午後 1 時～午後 2 時)
資格・免許等	歯科衛生士	取得年月日(平成 22 年 4 月 12 日)	
	介護口腔ケア推進士	取得年月日(平成 26 年 12 月 2 日)	
指導内容に関する資格を記載してください。		取得年月日(年 月 日)	
勤務先	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	名称 羽黒歯科医院	住所 藤島字櫛引 10 番地
活動経歴 職歴等	期 間	名称または内容など	
	H22 年 4 月 1 日～H24 年 3 月 31 日 H27 年 4 月 1 日～現在に至る	朝日歯科医院 歯科診療補助 羽黒歯科医院 診療補助・予防処置	
ある場合は、直近の期間を記載してください。			
<input type="checkbox"/> 運動機能 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能 ①歯・口腔疾患の予防について ②歯磨き指導 ③食べ物の食べ方や噛み方を通した食育指導 ④唾液腺マッサージや口腔体操等 <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 栄養改善 <input type="checkbox"/> 健康づくり <input type="checkbox"/> その他()			
指導項目に <input checked="" type="checkbox"/> して主な内容をできるだけ詳しく記載してください (複数可)			
指導内容 方法・範囲について <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。(「氏名・連絡先・資格」を公表します)			
公表について	方法: <input checked="" type="checkbox"/> 団体や他課等に紙やデータの公表 <input type="checkbox"/> 口頭での公表に限る 範囲: <input checked="" type="checkbox"/> 団体等への周知 <input checked="" type="checkbox"/> 他課等への周知 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア推進課に限る		
備考			

この応募申込書のほかに、資格・免許状の写しを提出してください。