

FAX送付先:03(3226)2415

雪印ビーンスターク(株) ライフサイエンス事業部 行

申込日: 年 月 日

口腔ケア勉強会申込書 兼 アンケート用紙

「VAPを予防するためのオーラルマネジメント」勉強会			
施設名			
住所	(郵便番号)	(ふりがな)	
	〒	都道府県	市郡
		区 町村	
申込者氏名	(ふりがな)		
所属部署		役職名	
電話番号			
FAX番号			
アンケート項目	1. 現在、貴施設では口腔ケアを実施していますか？ はい ・ いいえ ・ これから実施したいと考えている		
	2. 口腔ケアはどれくらいの頻度で行われていますか？ 週1～2回 ・ 1日1回 ・ 1日2～3回 ・ 1日3回以上		
	3. 誰が口腔ケアを実施されていますか？（複数複数可） 歯科医師 ・ 看護師 ・ 歯科衛生士 ・ 言語聴覚士 ・ 介護士 ・ その他（ ）		
	4. 現在、使用されている口腔ケア用ジェルはございますか？ ある（商品名: ） ・ なし		
	5. 勉強会を受講ご希望の方はどのような方ですか？（複数選択可） 医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 歯科衛生士 ・ ST ・ PT ・ OT 栄養士 ・ ケアマネージャー ・ 介護士 ・ 介護福祉士 ・ ヘルパー その他（ ）		

※ご記入頂きました個人情報は、弊社からのご案内以外には使用せず、弊社が責任をもって管理いたします。
※勉強会は貴施設にお伺いし、無料で開催いたします。
※勉強会の日程等、詳細・打ち合わせにつきましては、現地担当者がお伺いいたします。