

元気向上通所サービスにおける口腔ケア研修受講状況記録
(平成 年分)

職員名		職 種	
-----	--	-----	--

口腔ケア研修受講状況（1回目）

研修日時	年 月 日（ ）	時 分から 時 分
研修実施主体 <small>※いずれかに「○」をつける</small>	事業所内研修 ・ 法人内研修 ・ 外部研修	
研修名 <small>※外部研修の場合のみ記入</small>		
研修講師	所属	
	職種	
	氏名	
研修内容概要		

口腔ケア研修受講状況（2回目）

研修日時	年 月 日（ ）	時 分から 時 分
研修実施主体 <small>※いずれかに「○」をつける</small>	事業所内研修 ・ 法人内研修 ・ 外部研修	
研修名 <small>※外部研修の場合のみ記入</small>		
研修講師	所属	
	職種	
	氏名	
研修内容概要		

※この研修実施状況確認書は、久留米市へ提出する必要はありませんが、指定更新時や実地指導等の際に確認しますので、研修資料とともに適切に保管してください。
研修実施状況確認書と研修資料がセットで保管されていない場合は、加算の算定が認められない場合がありますのでご注意ください。

(キリトリ)

当該事業所における口腔ケア研修受講終了証

氏 名		職 種	
	受講日	研修名	
研修1回目	年 月 日（ ）		
研修2回目	年 月 日（ ）		

上記のとおり研修を終了したことを証します。
なお、サービス実施のための証になりますので大切に保管してください。

(事業所名)

印