

(様式11-3)

特定高齢者介護予防事業利用状況(平成 年 月分)

事業所名

氏 名	利 用 日 等					
	利用日	サービス	利用日	サービス	利用日	サービス
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	

(合計)

口腔ケア	人
------	---

※延人数を記入してください。