一般社団法人高知県歯科衛生士会　報告書（　□事業・□会議　）

　報告日；　　　　　　年　　　　　月　　　　日

報告者；　　　　　　　　　支部

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主催者 |  | 名　称 |  | |
| 日　時 |  | 場　所 |  | |
| 参加したDH氏名 |  | | | (来場者数　　　　　　　名） |
| **※下記の内容（数字に〇），□に✔チェック，コメント記入をお願いします．**   1. **歯科健診の補助**   □記録　　　　　□口腔衛生チェック　　　　　□口腔機能チェック  □その他：  **2．**　**歯科保健指導**  □T.B. I　　　　　□専門的口腔清掃　　　　　□栄養指導　　　　　□生活習慣の指導  □その他；  **3．歯科予防処置**  □フッ化物塗布　　　　　□歯石除去　　　　　□摂食嚥下機能訓練  　　　　□その他；  **4．歯科診療の補助**  □アシスタント業務  □その他；  **5．講演**  演題；  対象；  　　　内容；  時間；  　　　反省、感想、質問（解答）など  **6．その他**  **7．**来場者や参加者の**口腔健康管理**について，気づいた点 と 改善策のご意見をお願いします | | | | |

※事業終了後一週間以内に記入し提出してください。ご協力ありがとうございました。

次回もよろしくお願いします。　Fax：088－840-1123（事務局；高知学園短期大学内）