一般社団法人 高知県歯科衛生士会

歯科保健指導報告書

報告日；　　年　　月　　日

報告者；　　　　　支部　（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日時　令和　　年　　月　　日（　　）　　午前・午後　　　時　　分～　　時　　分 | | | |
| 実施施設名 | 依頼先 | | 担当歯科衛生士名 |
| 対象　（年齢・人数） | | | |
| 指導内容 | |  | |
|  | |  | |
| 報告・伝達事項  （＊施設からの質問，要望，状況で伝えておいたほうがいいこと等お書きください） | | | |
| 今後、会で取り組んでもらいたい内容 | | | |

＊指導終了後、一週間以内に記入し提出してください。ご協力をありがとうございました。

**FAX送信先：088-840-1123（高知学園短期大学内）**