

お口の健康セミナー ヒアリングシート

事業者様名

担当者様名

① ご参加者様について: *複数選択可/参加者の詳細はできるだけ詳しくご記入下さい

スタッフ様 約 _____ 名 (予測でかまいません)

どのような方が多いですか? (例) 実際に口腔ケアを行う介護職員がほとんどで、介護度が重い方のケアを行う職員が多い

利用者様 約 _____ 名 (予測でかまいません)

どのような方が多いですか? (例) 介護度が軽く、ご自分で歯磨きができる方が多く、お話もおおむね理解できる方が大半

その他 約 _____ 名 (予測でかまいません)

どのような方がおられますか? (例) 口腔ケアに対して知識を得たいということで参加を希望しているご家族様

② 開催場所について:

事業者様施設(および関連施設)内 その他

住所など (例) 施設の1F食堂 ○○市○○町1-1-1 ○○公民館1F会議室 etc...

③ セミナーで得たい知識: *端的にご記入下さい

*ご記入いただいた内容を踏まえてセミナーのテーマや内容を決めさせていただきます

*必ずしも③でご記入いただいたものすべてを盛り込んだ内容になるものではないことをご理解下さい
(聞き足りない部分などありましたら、セミナー後の質問タイムでご質問下さい)

FAX : 052-355-7216

Consulting **yui**
& Support .LLC