

後志地域歯科衛生士バンク登録調査票

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日生
住 所	
電話番号	E-mail
歯科衛生士養成所等卒業年月日 学校名： 卒業年月日 年 3月卒業	

1 町村等の歯科保健事業への協力

- ①協力できる
- ②今は協力できない
- ③協力できない



* 協力できない理由をお聞かせください。

2 協力できると回答した方へ

(1) 協力可能な曜日、時間帯等について

- ①曜日、時間については特に希望はない
- ②希望する曜日、時間帯等がある

曜 日 ()
時間帯 ()
その他 ()

(2) 移動可能な町村に○をつけてください。(複数可)

島牧村 寿都町 黒松内町 蘭越町 共和町
ニセコ町 真狩村 留寿都村 喜茂別町 岩内町
京極町 倶知安町 積丹町 古平町 泊村
仁木町 余市町 赤井川村 神恵内村

(3) あなたが従事してみたい事業内容はどれですか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- ①乳幼児健診(1歳6か月児健診・3歳児健診)における歯科保健指導(個別指導)
- ②フッ化物塗布
- ③成人歯科健診時等における歯科保健指導(個別指導)
- ④高齢者に対する口腔機能向上関係
- ⑤歯科健康教育(集団指導)
- ⑥その他 ()

※ 今回登録する内容について、あなたの許可無く町村等へ提供することはありません。