**（歯科衛生士向け）**

同　　意　　書

私は、管理栄養士・歯科衛生士向け介護予防推進指導者育成研修会に提出した個人情報を市町等が実施する介護予防事業等に協力可能な管理栄養士・栄養士として登録することに同意します。

1．お預かりした個人情報は、介護予防事業の目的以外には使用しません。

2．研修修了者の名簿（氏名、勤務先、職種、主たる活動市町名）は、市町に

情報提供します。

年月日：令和　2年　　　月　　　日

受講№

氏　名

【連絡先と時間の確認】

連絡可能な時間と電話番号を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 場　　所 | 連絡可能な時間帯 | 電話番号 |
| 自　　　宅 |  |  |
| 勤　務　先 |  |  |
| 主たる活動市町 |  | |

※通いの場で活動可能な曜日にすべて〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日時 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 備考 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |  |
| 夜間 |  |  |  |  |  |  |  |

オンラインでの通いの場への参加可否　　　　可　・　不可