

(例)

フッ化物洗口計画書

〇〇年〇月〇日

(あて先) 長崎市長

住所 長崎市〇町〇番〇号

氏名 社会福祉法人〇〇会

〇〇〇〇保育園

理事長 〇〇 〇〇 印

社会福祉
法人〇〇会
理事長印

「補助金等交付申請書」に
記入した住所・氏名と内容
を合わせてください。
代表者印も申請書と同一の
物を使用してください。

(団体の場合は、団体名及び代表者名)

〇〇年度のフッ化物洗口の実施について、下記のとおり計画しています。

対象児童	実施者数	全園児数	実施期間
4歳児(年中)	18名	18名	〇年〇月~〇年〇月
5歳児(年長)	17名	18名	〇年〇月~〇年〇月
使用する薬剤	オラフリス		
実施方法	毎日法		
囑託歯科医師名	〇〇 〇〇		