年　　月　　日

長崎市フッ化物洗口推進事業申込書

（あて先）健康づくり課長

申込者　住所

　　　　施設名

　　　　代表者

（公印省略）

別添指示書のとおり長崎市フッ化物洗口推進事業を実施したいので申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者数 | 4歳児　　　　　　名5歳児　　　　　　名 |
| 実施期間 | 年　　月　～　　　年　　月 |
| 実施方法 | 毎日法  |
| 備考 | 薬剤は、指示書どおりです。他、ボトル（ 　　　ml） 　 本　　ポリコップ　　　　　個　　砂時計　　　　　　　個　　CD　 （ 要　・　不要　）フッ化物洗口実施予定者数　　　4歳児（年中）　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　5歳児（年長）　　　　名保護者説明会実施日　　　　　年　　月　　日（ 済 ・ 予定 ） |

添付書類　歯科医師からの長崎市フッ化物洗口推進事業指示書の写し