

申込書（記入例）

提出日をご記入ください。（4月1日以降）※指示書の日付よりも前にならないようご注意ください。

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 **〒000-0000 長崎市〇〇〇番〇号**
 施設名 **長崎市立〇〇〇〇保育所**
 代表者 **所長 〇〇 〇〇**
（公印省略）

申込時点での全園児数をご記入ください。

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	28	名
	5歳児	30	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（ 300ml ）	・ 500ml	2 本
備考	ポリコップ	55 個	
	砂時計	0 個	
備考	CD	（要 ・ 不要 ）	
	フッ化物洗口実施予定者数	4歳児（年中）	26 名
		5歳児（年長）	29 名
	保護者説明会実施日	年 月 日（済 ・ 予定 ）	
	（※5歳児は昨年度より継続実。 4歳児は保護者説明会実施後、洗口開始予定。）		

クラスにより開始月が異なる場合は、早い方の開始月をご記入ください。

不要な消耗品については、「0」とご記入ください。

既にCDの支給を受けた施設は、不要に〇をつけてください。

説明会実施前に申込む場合のみ、状況をご記入ください。

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