　年　　月　　日

長崎市フッ化物洗口推進事業指示書

施設長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科医師住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 実施期間 | 年　　月　～　　　年　　月 |
| フッ化物洗口剤名称 | オラブリス洗口用顆粒11％ |
| フッ化物洗口剤  必要量 |  |
| フッ化物洗口液濃度 |  |
| フッ化物洗口液の量 | 1人　　ml |
| 洗口の回数 | 毎日法 |
| 1回あたりの洗口の時間 |  |
| 留意事項 |  |