

長崎市電子申請サービスでの提出が可能です。

フ ッ 化 物 洗 口 計 画 書

(記入例)

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

(団体の場合は、団体名及び代表者名)

「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。
理事長印の押印は不要です。

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	オラフルス洗口用顆粒 11%		実施期間は、完了予定年月 日からになります。
実 施 方 法	毎 日 法		
嘱 託 歯 科 医 師 名	〇〇 〇〇		