年　月　日

長崎市フッ化物洗口推進事業薬剤受理確認書

（あて先）健康づくり課長

確認者　施設名

　　代表者

　　　　　　（公印省略）

　年　月　日付で決定通知のあった長崎市フッ化物洗口推進事業に係る薬剤を受理しましたのでその納品書の写しを提出します。

受理した薬剤　　納品書（写し）のとおり