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

　　　　学校名

　　　　代　表　校長

（公印省略）

別添指示書のとおり、　　年度の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 | 小学生　　　　　　名中学生　　　　　　名 |
| 実施期間 | 　　　　年　　月　～　　　　　年　　月 |
| 実施方法 | 週1回法  |
| 備考 | 薬剤は、指示書どおりです。他、ボトル（ 　　　ml） 本　　紙コップ　　　　　　個　　タイマー　　　　　　個　　CD　 （ 要　・　不要　） 　Lポリタンク　　　個フッ化物洗口実施予定者数　　　　　名保護者説明会実施日　　　　 年　 月　 日（ 済 ・ 予定 ）事務連絡担当者氏名： |

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