

〇〇年〇〇月〇〇日

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 長崎市  
学校名 長崎市立〇〇〇学校  
代表 校長 \_\_\_\_\_  
(公印省略)

別添指示書のとおり〇〇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 400名 中学生 名	全児童・生徒数をご記入ください。				
実施期間	〇〇年4月 ~ 〇〇年3月					
実施方法	週1回法	一般的に使用されている600ml以外に300ml(多人数への分注には不向き)・1200mlのボトルがあります。本数は実施クラス数と同じ数				
備考	薬剤は、指示書どおりです。 他、ボトル(〇〇ml)16本 紙コップ 16,000個 タイマー 16個 CD (要・不要) 5Lポリタンク 1個 フッ化物洗口実施予定者数 390名 保護者説明会実施日 〇〇年〇月〇日(済・ <u>予定</u> ) 事務連絡担当者氏名: 〇〇	各校1枚。 新規実施校のみ	実施回数(40回/年)×対象児者数(100個単位でご記入ください)	クラス数とほぼ同じ数	2、3、5、10Lのポリタンクがあります。	実施予定者数なので、申込時点では、対象者数と同数でも構いません。

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