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 様

申込者 学校番号 長崎市
学校名 長崎市立
代表 校長 _____

(公印省略)

全児童・生徒数をご記入ください

別添指示書のとおりフッ化物洗口を実施したいので申し込みます

対象者数 実施予定者数	名 (実施予定者数 名)		
実施期間	年 月 ~ 年 月		
実施方法	週 1		
物品申し込み	紙コップ	袋	
		規格	必要数 (個・本数)
	集団洗口用溶解瓶	300ml 500ml	本 本
	ポリタンク (1・2・3・5・10L)	L	個
	タイマー		個
	CD		枚
	タンク・ボトル用部品 (ふた・ポンプ等)	用	個
※申し込み理由：汚れ・劣化・破損・故障等お書き下さい			
保護者説明会 月 日 (実施済み ・ 実施予定)			
事務連絡担当者氏名：			

単位：100 個/1 袋です
101 人実施であれば2袋

※申し込み理由は忘れずにご記入ください

新規実施時に1枚。
破損等で使用不可あればご記入ください

人数が多い場合はタンクで作製し分配できます

ポンプのみ・蓋のみの交換が可能です

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