

年 月 日

苫小牧市長 様

施設名
代表者名

令和 年度 フッ化物洗口支援事業の実施について

このことについて、下記実施計画書のとおり実施いたします。なお、実施にあたっては、「北海道フッ化物洗口ガイドブック」を参考に運営することとします。

記

フッ化物洗口実施計画書

1	対象児	年長児
2	対象人数	名
3	同意人数	名
4	実施方法	週2回法
5	実施予定	年 月から 年 月末まで (長期休暇中は除く)
6	実施日時	毎週 曜日と 曜日(例:月と木、火と金)
7	実施回数	約 回
8	職員への説明会	年 月頃予定(希望する場合)
9	保護者への説明会	年 月頃予定
10	嘱託歯科医	所属 氏名
11	フッ化物洗口剤管理者	① 職名・氏名 ② 連絡先電話番号
12	薬剤の保管場所	