**年度　 4歳児及び5歳児歯の健康づくり事業**

**新規　・　継続**

（どちらかに〇をつけてください）

　 年 月　　日

　（あて先）名古屋市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　区

（園名）　　　　　　　　　　　園長

mail:

（本事業において園との連絡をより円滑にするためアドレスをお伺いします。本事業にのみ使用させていただきます。）

**フッ化物洗口実施計画書**

　　下記のとおり、フッ化物洗口の実施を計画しておりますので報告します。

１．実施計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施クラス | 実施期間 | 実施予定者数 |
| (年　中） ４ 歳 児 | **年　　　月　　　日**  **～**  **年　　　月　　　日**  **(行事、夏休み等で実施しない日数：　日間)** | **人** |
|
| (年　長） ５ 歳 児 | **年　　　月　　　日**  **～**  **年　　　月　　　日**  **(行事、夏休み等で実施しない日数：　日間)** | **人** |
|
| **合　計　(人)** | | **人** |

２. フッ化物洗口剤について　　※継続園のみ記載

|  |  |
| --- | --- |
| 未使用のミラノール顆粒11%(1包１ｇ入り)の残数  （使用期限　：　　　　年　　　　月） | 包  （　　　年　　月末現在） |

３．洗口用ボトルについて　　　※継続園のみ記載

|  |  |
| --- | --- |
| 洗口用ボトル配付希望 | あり(　　　　　本）  なし |

保健センター使用欄