**年度 　4歳児及び5歳児歯の健康づくり事業**

年 月　　日

　（あて先）名古屋市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　区

（園名）　　　　　　　　　　　園長

**フッ化物洗口剤必要数申請書**

　下記のとおり、フッ化物洗口剤が不足するため申請します。

**※太枠内を記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 年　 月 　 日 ～ 年 　 月　 日  (行事、夏休み等で実施しない日数：　日間) | | |
| 実施クラス | ４歳児(年中) | ５歳児(年長) | 合計(人) |
| 実施者数 |  |  |  |
| 年　　月　　日現在の在庫数 | | 包 | |
| フッ化物洗口剤　　品名 | | ミラノール顆粒11%  （１包１ｇ入り） | |
| 配付数 | | 包  ※記入しないでください | |