年 月 日

　○○小学校　保護者　様

○○市長　○○○○○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○校長　○○○○○○

フッ化物洗口実施について（希望調査）

　本日、保護者説明会を開催しましたフッ化物洗口の実施につきまして、次のとおり実施しますので、下記により希望調査書の提出をお願いします。

　これは、子どもたちの健康な歯の育成のために、地元歯科医師会の御指導と県の支援により、町の保健事業として実施するものです。

　フッ化物洗口は、安全性や予防効果に優れた永久歯のむし歯予防方法です。是非とも多くの方の御参加をお願いいたします。

記

１　実施方法　　フッ化物洗口剤ミラノール顆粒（又はオラブリス）○％（○g）を水に溶かした洗口液で、週１回、１分間の「ブクブクうがい」をします。

２　開始予定　　○○○○年○○月

３　実施日時　　毎週　　○　曜日　　各学級毎に実施

４　費　　用　　無料　（全額公費負担）

５　申 込 み　　 実施にあたり、下記の希望調査書を御記入のうえ、○月○日（○）までに、学級担任に提出してください。

（希望しない方も必ず提出してください）

きりとりせん

**フッ化物洗口希望調査書**

※該当する番号に○をつけてください ｡

　　　　　**フッ化物洗口事業に参加することを　　　１　希望します**

**２　希望しません**

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　年　　　組　　児童氏名

保護者氏名

 　　　　　　　※押印は不要です