第１号様式（要綱第６関係）

年　　月　　日

フッ化物洗口事業実施計画書

いわき市長　　様

１　補助事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 施設住所 |  |
| 施設名 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 電話番号 |  |

いわき市フッ化物洗口事業補助金交付要綱に基づき、  年度分のフッ化物洗口事業実施  
計画書を提出します。

２　フッ化物洗口事業実施計画

|  |  |
| --- | --- |
| 園児（児童）数 | 【４歳(年中)】　　人 ・ 【５歳(年長)】　　人 ・ 児童総数　　 人 |
| 実施予定人数 | 【４歳(年中)】　　人 ・ 【５歳(年長)】　　人 ・ 児童総数　　 人 |
| 事業開始（予定）日 | 年　　　月　　　日 |
| 使用する薬剤  （どちらかに〇をつけてください） | ミラノール　　・　　オラブリス |
| 実施方法 | 週　　　回法 |
| 担当歯科医師 |  |

３　その他

※実施状況を確認のうえ、レ点チェックしてください

|  |  |
| --- | --- |
| □ | フッ化物洗口を行う者については、保護者の同意が得られている。 |