

「むし歯予防コンプリート作戦事業」  
フッ化物洗口希望調査書

「むし歯予防コンプリート作戦事業（フッ化物洗口）実施のお知らせ」をご覧ください、フッ化物洗口の実施希望に関する同意について、該当する方に○をつけて下さい。

【記入欄】

フッ化物洗口の実施（ 希望する      希望しない ）

※誤って多量の洗口液を飲み込んでしまい、急性症状が見られる場合等に処置するカルシウム剤の服用については、米子市教育委員会を通じて鳥取県歯科医師会の指示に基づき、学校で服用することになります。

記入日：                      年              月              日

学校名 学年学級：                      小学校              年              組

児童氏名 \_\_\_\_\_

児童生年月日 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

連絡のとれる電話番号： \_\_\_\_\_

※学級担任へご提出ください。

※保護者の費用負担はありません。

※希望内容について、いつでも変更することができます。変更される場合は、その都度申請してください。