様式第２号（第５条関係）

フッ化物洗口申込書

園長 様

フッ化ナトリウム（ＮａＦ）0.05％水溶液 ５ｍLで、週５回（月曜から金曜）１分間うがい

をするフッ化物洗口について、

※どちらかを○で囲んでください。

１ フッ化物洗口を希望します。

２ フッ化物洗口を希望しません。

令和　　 年　 　月　 　日

（ 　　　　　）組

園児氏名

保護者氏名