　年　　月　　日

保護者　様

熊 本 市 長　〇〇　〇〇

（　〇〇小学校扱い　）

フッ化物洗口の申込みについて

　平素から、本市の教育活動につきまして、格別のご支援・ご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、むし歯予防に関しては、歯みがき指導や歯科保健教育等で推進をしているところですが、更なるむし歯の予防等に向けて、熊本市・熊本市教育委員会が主体となったフッ化物洗口を実施いたします。

つきましては、説明動画（二次元コードから視聴可能）をご参考にされ、希望の有無を下記の申込書により学校（担任）までご提出くださいますよう、お願いいたします。

なお、フッ化物洗口については、その効果や安全性等が、厚生労働省や世界保健機関（ＷＨＯ）等から示され、健康格差の縮小や生涯を通じたむし歯予防の取り組みの一環として実施することが推奨されております。

なお、フッ化物洗口の実施にあたっては、支援団体（8020推進員等）がフッ化物洗口児童名簿を使用する場合があります。得た情報は守秘義務を課しており、洗口時以外には使用いたしません。保護者の皆様には、ご了承いただき申込書の提出をお願いします。

記

　１　内　　容　　フッ化ナトリウムを水に溶かした洗口液（０.２％水溶液）で週１回

１分間の「ブクブクうがい」（ 約１０ｍL ）をします。

２　実施主体　　熊本市、熊本市教育委員会

３　対　　象　　希望する児童

４　開始時期　　　　　　年　　月　　　　　　　　　説明動画はこちら **➔**

５　費　　用　　無料

　６　申込み　　フッ化物洗口申込書をご記入の上、　　年　 月　　日（　　）までに提出してください。（希望しない方も提出してください。）

　　　　　　　　　　※申込みをされた場合、原則としてフッ化物洗口対象学年に在学中は継続して実施します。変更がある場合にはご連絡ください。

　　　　　　　　　※申込み後の取りやめや追加の申込みについては、いつでも可能です。

（本事業に関する問い合わせ先：健康づくり推進課　電話　328-2145）

フッ化物洗口申込書

※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

　　年　　月　　日　 　　　　年　　　組

児　　　童　氏名

保　護　者　氏名

様式第1―１号（第３条関係）

小学校用