

(様式2) (第6関係)

「南部保健所 フッ化物洗口支援事業」
実績報告書

年 月 日

南部保健所長 殿

施設長 名

下記のとおり、実施した内容を報告します。

記

担当者名(職名) :	()	連絡先 :
------------	-----	-------

1 職員勉強会(実施した場合は、開催年月日、参加人数など)

2 保護者に対する啓発周知

①説明会(実施した場合は、開催年月日、参加人数など)

②説明資料の配布(配布した場合には、配布年月日、配布物、配布数など)

3 フッ化物洗口の実施状況について

(該当する番号を○で囲み、必要な内容を記載してください)

①フッ化物洗口の開始時期は未定

②フッ化物洗口の開始時期は決まっている(あるいは開始済み)

■開始時期

■使用する洗口剤の種類(オラブリス・ミラノール 250ppm・450ppm・900ppm)

■実施児童の年齢

■嘱託歯科医の医院名及び歯科医師名

4 その他(特記すべき事項があれば記載してください)