

フッ化物洗口希望調査票

令和 年 月 日

※番号のどちらかに○をつけ、児童又は生徒と保護者の氏名を記入してください。

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

児童又は生徒氏名 _____
睦沢（小学校・中学校） 年生

保護者氏名 _____

※フッ化物洗口を希望しない場合も提出をお願いします。