　年　　　 月　　 　 日

保護者の皆さまへ

●●●小学校

校長　●●● ●●●

フッ化物洗口実施についてのお願い

保護者の皆さまにおかれましては、ご健勝にお過ごしのことと存じます。平素より、本校の活動にご理解をいただき、ありがとうございます。

さて、本校では、児童のむし歯予防のために、地域の歯科医師会の指導のもと、下記の通りフッ化物洗口を実施いたします。実施にあたり、保護者の皆さまの同意が必要となるため、別途配布いたしました資料をお読みの上、下記同意書の提出をお願いいたします。

記

* 洗口方法　・・・　フッ化ナトリウム「●●●●●」を使用し、毎日1回約1分間のブクブクうがいをする
* 開始予定　・・・　●●●●年●月●日
* 実施予定　・・・　週5回　（毎週月曜日～金曜日、休校日以外の平日に実施予定）
* 参加費用　・・・　無料　（ご家庭での費用負担はありません）
* 実施対象　・・・　本校の全児童
* 注意事項　・・・ ●月●日までに、全員クラス担任まで同意書を提出してください。

　　　　　ブクブクうがいができず、洗口液を飲み込む恐れのある児童には実施できません。

　　　　　洗口液が使用できない児童は、真水による洗口を指導いたします。

以上

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* きりとり \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**【 フッ化物洗口実施についての同意書 】**

フッ化物洗口実施に　（どちらかに◯をつけてください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **同意します** | ＊同意しない場合の理由を記入 |
|  | **同意しません**（＊右記に理由を記入） |

年　　　　月　　　　日

児童氏名　　　　　　　　　　年　　　　組

保護者氏名