年　　　　月　　　　日

保護者各位

●●●小学校

校長　●●● ●●

**フッ化物洗口の実施について**

日頃より本校の教育活動と運営にご理解とご協力をいただき、心よりお礼申し上げます。

本年度より、当校では児童の歯の健康を守るために、フッ化物洗口の実施を予定しております。フッ化物洗口はむし歯予防効果が高く、安全なものと認められています。つきましては、実施にあたり、保護者の皆さまの同意をお願いいたします。別紙の資料をご確認の上、●月●日までに下記同意書にご記入の上、学級担任にご提出いただけますようお願い申し上げます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1.　洗口方法 | ・　フッ化ナトリウム洗口液「●●●●●」を使用  ・　毎日1回30～60秒間ブクブクうがいし、洗口液を吐き出す |
| 2.　開始予定 | ●●●●年**●**月●日 |
| 3.　実施日 | 月～金曜日（原則週5日実施） |
| 4.　実施対象 | 全学年の児童 |
| 5.　費用 | 無料（自治体の公費で負担されます） |
| 6.　その他 | ・　ブクブクうがいができない場合フッ化物洗口は実施できません。（その旨同意書に記入）  ・　フッ化物洗口実施に同意されていても児童の体調によっては実施を見合わせます。  ・　同意書は全員提出してください。（下記のいずれかの番号に◯印をつけてください） |

以上

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ キリトリ線 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

　　記入日　　　：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

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 　**1.　同意します**

**2.　同意しません**　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

児童氏名　　：　　　　　　年　　　　組

保護者氏名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印