【様式１：学校・保育園等用】

**令和６年度　長野県歯科医師会　歯科保健予防事業申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込団体 | 団体名 |  | | | 担当者名 |  |
| 連絡先住所 | 〒　　　　　　　－ | | | | |
|  | | | | |
| 電話番号 | (　　　　　)　　　　　　－ | ファックス | (　　　　　)　　　　　　　　－ | |
| Eメール |  | | | | |

**≪フッ化物塗布≫**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **１回目** | **２回目** | **【連絡事項】** |
| 第１希望 | 月　　　日（　　） | 月　　　日（　　） |  |
| (開始時間　　　時　　　分～) | (開始時間　　　時　　　分～) |
| 第２希望 | 月　　　日（　　　） | 月　　　日（　　） |
| (開始時間　　　時　　　分～) | (開始時間　　　時　　　分～) |
| 対 象 者  及び人数 |  |  |

〘歯科保健指導〙　※希望日について、場合により日程変更をしていただくこともありますので、第2希望までご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **月　　日** | **【学校】**  **該当箇所にマル印及び記入ください。** | **【保育園等】**  **※対象者等** |
| １　日　目 | （１回目） | | 第１  希望 | 月　　　日（　　） | ・１時間目　　　　　　　学年  ・２時間目　　　　　　　学年 | ・年少 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・３時間目　　　　　　　学年 | ・年中 |
| 第２  希望 | 月　　　日（　　） | ・４時間目　　　　　　　学年  ・５時間目　　　　　　　学年 | ・年長 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・６時間目　　　　　　　学年 |  |
| ２　日　目 | （２回目） | | 第１  希望 | 月　　　日（　　） | ・１時間目　　　　　　　学年  ・２時間目　　　　　　　学年 | ・年少 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・３時間目　　　　　　　学年 | ・年中 |
| 第２  希望 | 月　　　日（　　） | ・４時間目　　　　　　　学年  ・５時間目　　　　　　　学年 | ・年長 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・６時間目　　　　　　　学年 |  |
| ３　日　目 | （３回目） | 第１  希望 | | 月　　　日（　　） | ・１時間目　　　　　　　学年  ・２時間目　　　　　　　学年 | ・年少 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・３時間目　　　　　　　学年 | ・年中 |
| 第２  希望 | | 月　　　日（　　） | ・４時間目　　　　　　　学年  ・５時間目　　　　　　　学年 | ・年長 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・６時間目　　　　　　　学年 |  |
| 【連絡事項】　　　　（例：学校歯科保健委員会の実施をお願いします） | | | | | | |

　　　※記載例：６月4日（火）１～４時間目の申し込み希望の場合

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **記　載　例** | 第１  希望 | **６** 月**４** 日（ **火** ） | ・１時間目　　　　　**２**　学年  ・２時間目　　　　　**３**　学年 | ・年少 |
| (開始時間　**８** 時　**45** 分～) | ・３時間目　　　　　**４**　学年 | ・年中 |
| 第２  希望 | 月　　　日（　　） | ・４時間目　　　　　**５**　学年  ・５時間目　　　　　　　　学年 | ・年長 |
| (開始時間　　　時　　　分～) | ・６時間目　　　　　　　　学年 |  |