

(様式1)

集団フッ化物洗口導入サポート事業 歯科衛生士 派遣申込書

申込日 令和 年 月 日

施設名	
施設長 (代表者)	職： 氏名：
担当者 (連絡窓口)	所属・職名： 氏名：
連絡先	電 話： E-mail：
連絡がつきやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> その他 ()
導入状況	<input type="checkbox"/> 今年度から新規に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始時期未定 (相談希望) <input type="checkbox"/> その他 ()
対象	【保育施設】園児数： 人 対象クラス： 【小 学 校】児童数： 人 対象学年：
希望時期	<input type="checkbox"/> 月頃 <input type="checkbox"/> 未定
希望曜日 ※小学校のみ	曜日： <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金
希望時間帯	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 給食後 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施場所	<input type="checkbox"/> 教室 <input type="checkbox"/> 手洗い場 <input type="checkbox"/> その他 ()
希望する支援 (複数可)	<input type="checkbox"/> 現場確認 (動線・安全) <input type="checkbox"/> 実施方法の説明・指導 <input type="checkbox"/> 管理の確認 (保管・廃棄) <input type="checkbox"/> 振り返り (改善助言) <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項	※行事予定・配慮事項等

【提出先】 敦賀市福祉保健部健康推進課

電 話：0770-25-5311 (平日 8:30~17:15) F A X：0770-25-5398

メール：kenkou@ton21.ne.jp

※電話・メールでのご相談後、申込書は後日提出でも可

(市記入欄)

受付日：令和 年 月 日 / 受付者：

派遣対象：対象 対象外（理由： ）

区分：園 10 人未満 園 10～19 人 園 20 人以上

学校 300 未満 学校 300 以上

調整結果：派遣予定日（ / ） 派遣回数（予定） 回

備考：