　　　　　　　　　　　年度フッ化物洗口申込書

　　 年　　月　　日

　　　　　　　　施設長　様

※どちらかを○で囲んでください。

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。

園児の組　　　　　 　　　　　　　　　 　組

園児の氏名

保護者氏名

ご変更あれば、随時受け付けますのでお知らせください。