年度フッ化物洗口申込書

　　 年　　月　　日

　　　　　　　　学校長　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。

児童・生徒の学年・組　　 　　 　　　年　　　組

児童・生徒の氏名

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。