

様式1

さっぽろ子どもの歯と口腔の健康づくり優良認定施設申請書

年 月 日

(あて先)札幌市長

申請者 住所
名称
施設長氏名

さっぽろ子どもの歯と口腔の健康づくり優良認定施設制度要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

フリガナ	
施設の名称	
施設の所在地	〒 札幌市
担当者氏名	
連絡先	電話番号 FAX番号 E-mail
ホームページ	URL * 札幌市HP優良認定施設一覧への掲載希望(有・無)
認定要件の状況 右に掲げる項目の全てを満たすものとする。 * □内には、レ点を入れてください。 * 記載欄が足りない場合は、別紙の添付も可能です。	1 嘱託歯科医師を指定し、年に1回以上、歯科健診を実施していること ・嘱託歯科医師氏名 _____ 年 月 日) ・直近の歯科健診実施年月日(_____ 年 月 日) 2 適切にフッ化物洗口を実施していること。具体的には、下記のア～オを遵守していること ☐ フッ化物洗口剤は、鍵のかかる戸棚や子どもの手が届かない場所に保管している ☐ 薬剤出納簿でフッ化物洗口剤の在庫管理を行うとともに、使用期限を確認している ☐ 保護者の希望の有無を確認している ☐ 歯科医師の指示書に基づき、4歳以上の園児を対象に、職員の見守りもと、フッ化物洗口を行っている ☐ 使用後の器具は、清浄な流水により適切に洗浄している 3 アメ、チョコレート、ジュース等の糖分の多いおやつの頻回摂取に注意していること 実施内容: 4 子どもたちに歯と口腔の健康とむし歯予防の大切さを伝えていること 実施内容:
備考	