

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

始良市長

殿

申請者 住 所 始良市

施設名

代表者

(連絡先:)

担当者

始良市フッ化物洗口推進事業実施申請書

始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 申請内容

実 施 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
対 象 者 数	年 齢	在園者数	在園者のうち実施予定数
	年少児		
	年中児		
	年長児		
備 考			

※ 実施期間は、申請日の属する会計年度内とする。

第 号
年 月 日

様

始良市長



始良市フッ化物洗口推進事業実施決定通知書

年 月 日付で申請のあった始良市フッ化物洗推進事業の実施について、下記のとおり配布することに決定したので始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第5条第2項の規定に基づき通知します。

記

1 決定の内容

決 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
配 布 数	包
備 考	

2 決定の条件

始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱にのっとり実施すること。

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

始良市長



始良市フッ化物洗口推進事業実施却下通知書

年 月 日付で申請のあった始良市フッ化物洗口推進事業実施申請について、下記のとおり許可しないことに決定したので始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第5条第2項の規定に基づき通知します。

記

却下の理由

様式第4号（第6条関係）

始良市フッ化物洗口剤購入・配布簿

年度

月 日	購入量 (包)	引渡者	配布量 (包)	残量 (包)	配布先施設	受領者
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						
/ ()						

様式第5号（第7条関係）

始良市フッ化物洗口薬剤管理簿

年 度	
施設名	
代表者	
担当者	

薬剤の保管場所	
---------	--

※ フッ化物洗口に用いる薬剤は、鍵のかかる戸棚又は園児の手が届かない場所とする。

年度

月 日	受入数 (単位：包)	使用数 (単位：包)	残量 (単位：包)	対応者
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				
/ ()				

薬剤有効期限	年間薬剤受入数	年間薬剤使用数	余剰薬剤数	特記事項
年 月	包	包	包	

年 月 日

始良市長

殿

申請者 住 所 始良市

施設名

代表者

(連絡先:)

担当者

始良市フッ化物洗口推進事業実績報告書

始良市フッ化物洗口推進事業を行ったので、始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第 9 条の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

1 報告内容

実 施 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
対 象 者 数	年 齢	在園者数	在園者のうち実施者数
	年少児		
	年中児		
	年長児		
年間薬剤使用数	包		
備 考			

様式第 7 号（第 10 条関係）

第 号
年 月 日

様

始良市長

始良市フッ化物洗口推進事業実施決定取消し・返還通知書

年 月 日付で決定した始良市フッ化物洗口推進事業については、始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第10条第 2 項の規定に基づき、下記のとおり決定を取り消したので同条の規定に基づき薬剤の返還を求めます。

記

1 配布取消及び返還の内容

2 取消しの理由

年 月 日

始良市長

殿

申請者 住 所 始良市

施設名

代表者

連絡先（ ）

担当者

連絡先（ ）

始良市フッ化物洗口薬剤返却届

年 月 日付で配布決定のあったフッ化物洗口に用いる薬剤については、使用しなくなった（残数があった）ため、始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第11条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり薬剤を返却します。

記

返 却 数	
返 却 の 理 由	

記入例

様式第 1 号（第 5 条関係）

令和〇年 4 月 1 日

始良市長 〇〇 〇〇 殿

申請者 住 所 始良市 宮島町〇〇番地
 施設名 AIRA 保育園

フッ化物洗口の担当(担任等)

代表者 始良 一郎
 (連絡先: 〇〇-〇〇〇〇)
担当者 加治木 花子

始良市フッ化物洗口推進事業実施申請書

始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 申請内容

実 施 期 間	令和〇年 4 月 1 日から 令和〇年 3 月 31 日まで		
対 象 者 数	年 齢	在園者数	在園者のうち実施予定数
	年少児	〇人	〇人
	年中児	〇人	〇人
	年長児	〇人	〇人
備 考	申請日現在の 人数を記入する		

※ 実施期間は、申請日の属する会計年度内とする。

実施予定者数は、
保護者へのフッ化物
洗口希望調査があった
人数を記入する

記入例

様式第 8 号（第 11 条関係）

令和〇年 3 月 31 日

始良市長 〇〇 〇〇 殿

申請者 住 所 始良市 宮島町〇〇番地
施設名 AIRA 保育園
代表者 始良 一郎
 （連絡先： 1 2 - 3 4 5 6 ）
担当者 加治木 花子

決定通知日を記載

始良市フッ化物洗口薬剤の返却届

令和〇年 〇月 〇日付で配布決定のあったフッ化物洗口に用いる薬剤については、使用しなくなった（残数があった）ため、始良市フッ化物洗口推進事業実施要綱第11条第 1 項の規定に基づき、下記のとおり薬剤を返却します。

記

返 却 数	〇包
返 却 の 理 由	今年度の薬剤残数が、年間受入数の 3 割を超えていたため。