

様式第1号（第5条関係）

小国町乳幼児歯科健診及びフッ素塗布事業実施申込書

令和 年 月 日

小 国 町 長 様

説明を受けてフッ素について理解した上でフッ素塗布の実施を希望します。

乳幼児氏名 _____

生年月日 平成・令和 年 月 日（ 歳 ヶ月）

保護者氏名 _____ 印 _____

住所 阿蘇郡小国町大字 _____

電話番号 _____

受診券番号： _____ - _____ ~ _____