**様　式**

**＊平成30年10月31日（水）必着**

**2019・2020年度生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業**

**推進校・推進地域推薦書**

平成　　年　　月　　日

一般社団法人日本学校歯科医会　御中

都道府県・指定都市教育委員会名：

都道府県歯科医師会・学校歯科医会名：

　2019・2020年度生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業について、別紙のように推進校（推進地域）を推薦します。

**＊都道府県・指定都市教育委員会**

**ご担当者所属・職名・氏名：**

**ご連絡先ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：**

**ご連絡先eメ－ル：**

**＊加盟団体（都道府県歯科医師会・学校歯科医会）**

**ご担当役員　役職名・氏名：**

都道府県・政令指定都市名

|  |  |
| --- | --- |
| 推進校もしくは推進地域名 | |
| 地域で推進する場合の中核学校名 | |
| 学校所在地　〒  電話番号　FAX番号 | |
| 学校長名 | 担当教職員名  職　　　　名 |
| 学校歯科医名 | |
| 中核学校の幼児・児童生徒数（平成３０年９月１日現在） | |
| **１.学校における歯科保健目標** | |
| **２.本事業への取組の基本方針並びに学校・地域の状況** | |
| **３.事業テーマに対する取組（３つの具体的内容に対して、現時点で考えられる取組等をご記入下さい）**   1. むし歯や歯周病の予防方法の理解と実践 | |
| 1. 学校生活における歯・口のけがの防止と安全な環境づくり | | |
| 1. 食べる機能や食べ方の発達支援を通じての実践的な歯・口の健康づくり | |
| **４.特記事項** | |