令和 年 月 日

保護者 様

〇〇学校長＿＿＿＿＿＿＿＿

歯科欠席者検診（もれ者検診）についてのお知らせ

 お子様は、 月 日（ ）の歯科検診日に欠席されたため、本年度の歯科検診が受けられませんでした。もれ者検診を希望される場合は、歯科校医である＿＿＿＿先生のご厚意により、 ＿＿＿＿歯科クリニックで受診できますのでお知らせいたします。 もれ者検診について希望を取りますので、「きりとりせん」以下に記載されてい る項目のどちらかに○をつけてください。

**提出しめきり： 月 日（ ）**

＿＿＿＿＿歯科クリニック（学校歯科医）

○○市

１ 保護者引率となります。受付の方に、もれ者検診の旨を伝えてください。もれ者検診の費用は無料となります。

２ もれ者検診後、治療が必要で、引き続き ＿＿＿＿＿＿歯科クリニックで診察を希望する場合は、別途で医療費がかかります。保険証及び医療福祉費受給者証（マル福） をお持ちになってください。

【 問い合わせ先 】〇〇学校 養護教諭　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＴＥＬ

―――――――――――――――――――――　Cut　Line　――――――――――――――――――――――

歯科欠席者検診（もれ者検診）の希望について

＿＿年 ＿＿組 児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**（ ）希望しない （ ）希望する**

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

正式に日時が決まりましたら、再度ご連絡いたします。