

旭川市報道依頼

各報道機関 様

発表日	平成29年 4月20日
発信課	保健所健康推進課
担当者	渡邊
連絡先	電話 0166-25-6315
	FAX 0166-26-7733
	E-mail kenkousuisin@city.asahikawa.hokkaido.jp

分類	イベント・行事																	
日程	4 月 20 日 ~ 5 月 24 日																	
発表項目 (行事名)	平成29年度「親子のよい歯のコンクール」参加者の募集について																	
概要 (趣旨・日時・ 場所・内容等を 記入すること。)	<p>「歯と口の健康週間」(6月4日～10日)関連事業として、旭川市と旭川歯科医師会では「親子のよい歯のコンクール」を開催します。むし歯の経験がない、歯並びがきれいなど、歯に自信のある親子の参加の呼びかけを行っています。</p> <p>1 対象 原則として平成28年4月1日から平成29年3月31日までの間に3歳児健康診査を受診した幼児とその親。(父と子, 母と子 どちらの組み合わせでも応募できます。)</p> <p>2 応募方法 旭川市保健所健康推進課(TEL 25-6315)への電話でのお申し込み。</p> <p>3 審査日時, 場所 第一次審査</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">日時</th> <th style="width: 20%;">時間</th> <th style="width: 40%;">場所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月20日(木)</td> <td rowspan="8" style="text-align: center; vertical-align: middle;">15:30~ 16:30</td> <td rowspan="8" style="text-align: center; vertical-align: middle;">保健所 歯科診察室 (7条通10丁目 第二庁舎3階)</td> </tr> <tr><td>4月26日(水)</td></tr> <tr><td>4月27日(木)</td></tr> <tr><td>5月11日(木)</td></tr> <tr><td>5月16日(火)</td></tr> <tr><td>5月17日(水)</td></tr> <tr><td>5月18日(木)</td></tr> <tr><td>5月24日(水)</td></tr> <tr> <td>5月14日(日)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">13:00~ 15:00</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>5月20日(土)</td> </tr> </tbody> </table> <p>第二次審査 6月10日(土)13:00～(予定) 旭川大雪アリーナ(神楽4条7丁目)</p> <p>4 表彰 最優秀賞 1組, 優秀賞 数組 6月10日(土)「歯の健康キャンペーン」会場(旭川大雪アリーナ)にて表彰式を行います。 (受賞者には賞状並びに副賞を贈呈します。最優秀の親子は、北海道大会へ推薦します。)</p>	日時	時間	場所	4月20日(木)	15:30~ 16:30	保健所 歯科診察室 (7条通10丁目 第二庁舎3階)	4月26日(水)	4月27日(木)	5月11日(木)	5月16日(火)	5月17日(水)	5月18日(木)	5月24日(水)	5月14日(日)	13:00~ 15:00		5月20日(土)
日時	時間	場所																
4月20日(木)	15:30~ 16:30	保健所 歯科診察室 (7条通10丁目 第二庁舎3階)																
4月26日(水)																		
4月27日(木)																		
5月11日(木)																		
5月16日(火)																		
5月17日(水)																		
5月18日(木)																		
5月24日(水)																		
5月14日(日)	13:00~ 15:00																	
5月20日(土)																		
添付資料	<p>有 平成29年度「親子のよい歯のコンクール」案内チラシ</p> <p>※ 有の場合、資料の内容を記入すること。なお、別途冊子等の配付を希望する場合は、その旨記入すること。</p>																	
報道(取材)に 当たってのお願い																		
備考																		



平成29年度

「親子のよい歯のコンクール」



1. 対象

原則として平成28年4月1日から平成29年3月31日までの間に3歳児健康診査を受診した幼児とその親。(父と子、母と子どもどちらの組み合わせでも応募できます。)

2. 応募方法

下の日程表から第一次審査を受ける日を選び、旭川市保健所健康推進課まで電話またはFAXでお申し込みください。(FAXはこの用紙をご利用ください。)

3. 審査日時・場所

* 第一次審査：(下記の日程の中で1回受けてください。)

日		時	場 所
平日	4月20日(木)	午後3時30分 ～4時30分	旭川市保健所 歯科診察室 〔7条通10丁目 旭川市第二庁舎3階〕
	4月26日(水)		
	4月27日(木)		
	5月11日(木)		
	5月16日(火)		
	5月17日(水)		
	5月18日(木)		
	5月24日(水)		
土、日曜日	5月14日(日)	午後1時00分 ～3時00分	
	5月20日(土)		

* 第二次審査：6月10日(土) 午後1時～(予定) 旭川大雪アリーナ(神楽4条7丁目)

4. 表彰

最優秀賞 1組 優秀賞 数組
6月10日(土)「歯の健康キャンペーン」会場(旭川大雪アリーナ)にて表彰式を行います。

* 応募者には記念品を用意しています。ふるってご応募ください。

申し込み・問い合わせ 旭川市保健所健康推進課 電話 25-6315
FAX 26-7733

主催：旭川市・旭川歯科医師会

6月4日～6月10日は歯と口の健康週間です

親子のよい歯のコンクール 申込書

※FAXは切り取らずにそのまま送信して下さい。

子の氏名	生年月日	平成	年	月	日
親の氏名	(父・母)				
住所	電話番号				
第一次審査希望日	4/20(木)	()	5/16(火)	()	()
日にちを選んで右の()に○印を 付け時間を記入してください。 ()時頃	4/26(水)	()	5/17(水)	()	()
	4/27(木)	()	5/18(木)	()	()
	5/11(木)	()	5/20(土)	()	()
	5/14(日)	()	5/24(水)	()	()