

## 旭川市報道依頼

各報道機関 様

発表日	平成31年 4月15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 <a href="mailto:kenkousuisin@city.asahikawa.hokkaido.jp">kenkousuisin@city.asahikawa.hokkaido.jp</a>

分類	<b>イベント・行事</b>															
日程	4 月 15 日 ~ 5 月 23 日															
発表項目 (行事名)	令和元年度「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30年4月1日から平成31年3月31日までの間に3歳6か月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</p> <p style="margin-left: 20px;">第一次審査</p> <table border="1" style="margin-left: 40px; 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24日(水)</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">15:30~ 16:30</td> <td rowspan="7" 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25日(木)</td> </tr> <tr> <td>5月 9日(木)</td> </tr> <tr> <td>5月16日(木)</td> </tr> <tr> <td>5月22日(水)</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">13:00~ 15:00</td> </tr> <tr> <td>5月23日(木)</td> </tr> <tr> <td>5月11日(土)</td> </tr> <tr> <td>5月19日(日)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-left: 20px;">第二次審査 6月8日(土)13:00～(予定) 道北アークス大雪アリーナ(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8日(土)「歯の健康キャンペーン」会場(道北アークス大雪アリーナ)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24日(水)	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25日(木)	5月 9日(木)	5月16日(木)	5月22日(水)	13:00~ 15:00	5月23日(木)	5月11日(土)	5月19日(日)	
日時	時間	場所														
4月24日(水)	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25日(木)																
5月 9日(木)																
5月16日(木)																
5月22日(水)	13:00~ 15:00															
5月23日(木)																
5月11日(土)																
5月19日(日)																
添付資料	<p style="text-align: center;"><b>有</b> 令和元年度「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																



令和元年度



# 「親子のよい歯のコンクール」

## 1. 対象

原則として平成30年4月1日から平成31年3月31日までの間に3歳6か月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24日(水)	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25日(木)		
	5月9日(木)		
	5月16日(木)		
	5月22日(水)		
土・日曜日	5月23日(木)	午後1時00分 ～3時00分	
	5月11日(土)		
	5月19日(日)		

※土・日曜日について、事前に応募申し込みがない場合は審査を実施しません。

\* 第二次審査：6月8日(土)午後1時～(予定)道北アークス大雪アリーナ(神楽4条7丁目)

## 4. 表彰

最優秀賞 1組 優秀賞 数組  
6月8日(土)「歯の健康キャンペーン」会場(道北アークス大雪アリーナ)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は切り取らずにこ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	4/24(水)	( )	5/22(水)	( )	
日にちを選んで右の( )に○印を	4/25(木)	( )	5/23(木)	( )	
付け時間を記入してください。	5/9(木)	( )	5/11(土)	( )	
( )時頃	5/16(木)	( )	5/19(日)	( )	