



旭川市報道依頼

各報道機関 様

令和 4 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
	F A X 0166-26-7733
	E-mail kenkousuisin@city.asahikawa.lg.jp

分 類	イベント・行事 <input checked="" type="checkbox"/> 募集 契約・入札 会議・説明会 その他 (該当する分類を囲むこと。)
日 程	5 月 19 日まで
発表項目 (行事名)	令和 4 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、歯に自信のある親と子の参加の呼びかけを行っています。</p> <p>1 対象 原則として令和 3 年 4 月 1 日から令和 4 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可。）</p> <p>2 応募方法 旭川市保健所健康推進課へ電話又は FAX でのお申し込み。 （電話 25-6315, FAX 26-7733）</p> <p>3 第一次審査 日時：4 月 23 日～5 月 19 日の間の審査日程（別添案内チラシ参照） 8 回のうち、いずれか 1 回 場所：旭川市保健所歯科診察室（7 条通 10 丁目第二庁舎 3 階）</p> <p>4 第二次審査・表彰式 第一次審査通過者の第二次審査と表彰式は 6 月 4 日（土）</p>
添付資料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 令和 4 年度「親子のよい歯のコンクール」案内チラシ (有・無のいずれかを囲むこと。) ※ 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。
報道（取材）に当たってのお願い	
備 考	

令和4年度 「親子のよい歯のコンクール」



1. 対象

原則として令和3年4月1日から令和4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

下記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はこの用紙を御利用ください。)

3. 審査日時・場所

*第一次審査：(以下の日程の中で1回受けてください。)

日	時	場 所
平 日	4月25日(月) 4月28日(木) 5月12日(木) 5月16日(月) 5月17日(火) 5月19日(木)	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
	午後4時00分 ～5時00分	
土・日曜日	4月23日(土) 5月15日(日)	
	午後1時00分 ～3時00分	

※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4日(土)午後2時00分 旭川歯科医師会館(金星町1丁目)

4. 表彰

◎最優秀賞 1組 ◎優秀賞 数組

表彰式：6月4日(土)午後2時30分 旭川歯科医師会館



※応募者には記念品を用意しています。ふるって御応募ください。

お申し込み・お問い合わせ 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ください。

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				
第一次審査希望日時	4/23(土)	()	5/15(日)	()	
日にちを選んで右の()に○印を	4/25(月)	()	5/16(月)	()	
付け時間を記入してください。	4/28(木)	()	5/17(火)	()	
()時頃	5/12(木)	()	5/19(木)	()	