City of Design
ASAHIKAWA

旭川市報道依頼

各報道機関　様

KJ00059285

2023年4月13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.lg.jp

分　　類	イベント･行事［　］　募集［○］　契約･入札［　］　会議･説明会［　］　その他［　］
日　　程	令和5年5月18日まで
発表項目 （行事名）	令和5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。）	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。 １　対象 原則として令和4年4月1日から令和5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。） 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） ３　第一次審査 日時：4月22日～5月18日の間の審査日程（別添案内チラシ参照） 6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） 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3日(土)
添付資料	有 ☑　無 ☐
報道（取材）に当たってのお願い	
備　　考	

H：■　S：　D：

令和5年度
「親子のよい歯のコンクール」

1. 対　象

原則として令和４年４月１日から令和５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。）

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（火） ５月　９日（火） ５月１５日（月） ５月１８日（木）	午後４時００分 ～５時００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
土･日曜日	４月２２日（土） ５月１４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３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３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（ふりがな）	生年月日　平成　　年　　月　　日
親の氏名（ふりがな）	（　父　・　母　）
住　　所	電話番号
第一次審査希望日時 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	４／２２（土）（　　）　５／１４（日）（　　） ４／２５（火）（　　）　５／１５（月）（　　） ５／　９（火）（　　）　５／１８（木）（　　）