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）（　）