

岩倉市立各小学校 2 年生保護者各位 Srs. Padres de familia de 2do grado

岩倉市教育委員会 Secretaria de Educación de Iwakura

岩倉市小中学校長会

Asociación de directores de escuelas primarias y secundarias de Iwakura

フッ化物洗口に対する希望のお尋ね（スペイン語）

Comunicado de aceptación si desea o no la aplicación bucal con flúor

2 年生の保護者の皆様には、益々ご健勝のこととお喜び申し上げます。日頃は、本市の教育活動に格別のご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。

Agradecemos antes que nada por su siempre valiosa cooperación en la educación de nuestros hijos.

本年度も、昨年度に引き続き、希望者に対してフッ化物洗口ができる機会を設けています。

Este año, nuevamente, como el año pasado los alumnos también tendrán la oportunidad de realizar la aplicación bucal con flúor.

フッ化物洗口は、乳歯から永久歯に生えかわる時期に行うと、その後の虫歯予防に効果があるとされているものです。

La aplicación bucal con flúor, tiene el efecto de prevenir las caries cuando es aplicado antes del cambio de diente de leche al diente de hueso.

週に 1 回、ごく薄いフッ化ナトリウム水溶液を口に含んで口腔内をうがいするもので、安全性は確立されていますが、実施にあたっては、保護者の方々のお考えを尊重し、希望制をとることにしています。

La aplicación bucal con flúor es una forma eficiente de prevenir las caries certificada por la Asociación Médica Internacional y Japonesa, pero deseamos saber si los padres desean o no que sea aplicado el flúor una vez por semana.

つきましては、以下の「フッ化物洗口希望票」に希望の有無など必要事項をお書きの上
___月___日までにお子様を通して担任までご提出いただきたいと思います。

Por favor llenar abajo el formulario si desea o no que sea aplicado el flúor, hasta el día___ del mes de _____, y enviar para el profesor responsable.

なお、フッ化物洗口の開始は、___月中旬ごろを予定しています。

La aplicación bucal con flúor está programado para mitad de _____.

..... <キリ線 Cortar >

平成___年度 フッ化物洗口希望票

HEISEI ___ Formulario de aceptación si desea o no hacer la aplicación de flúor

Marque con un O la alternativa escogida.

フッ化物洗口を () 希望します Deseo que haga la aplicación de flúor.

() 希望しません Prefiero que no hagan la aplicación de flúor.

2 年 組 番 児 童 名 _____

Grado Grupo N° Nombre del alumno

保護者名 _____

印

Nombre del padre o responsable

Inkan