

えがお けんこう  
愛顔の健口支援協力事業所推進事業実績報告書

年 月 日

愛媛県中予保健所長 様

(認定事業所番号 )

事業所名

代表者職

氏 名

従業員への「お口のセルフチェックシート」の配布実績を、下記のとおり報告  
します。

記

1 配布実績

配布月	配布数	配布状況
		例：事業所健康検診時、衛生委員会にて

●従業員家族への配布の有無 有 ・ 無

2 事業所内において、歯科保健につままして取り組んだ事がありましたら、  
ご記入ください。(今後の働く世代の歯の健康づくり事業の参考ため)

( )