

<u>頭シラミ駆除証明書</u> （保護者が記入）			
ともわ乳児園 泡瀬第二 園長 殿			
		児童氏名 _____	
		生年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日生	
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	日から頭シラミの駆除を開始しました。		
		令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
		保護者名 _____ (印)	

<h2>誓 約 書</h2>	
頭シラミの駆除機関は、以下の項目を園・家庭で行います。	
<input type="checkbox"/> 毎日、家庭で頭シラミのチェックをし、卵も取ります。	
<input type="checkbox"/> 男の子は、髪の毛を短髪にしたほうが、駆除が早い。（男女とも短髪が好ましい）	
<input type="checkbox"/> 髪の毛が長い場合は、しっかりゴムで結びます。	
<input type="checkbox"/> シラミ用の薬（スミスリン）を使用しました。（継続で3日に1回） （成虫や幼虫には効くが、卵には効果がないので、髪の毛についた卵は、1つ1つ丁寧に取り除くか、目のつまったクシで取り除く）	
<input type="checkbox"/> 園用や、家庭用のもの全て（敷シート・毛布・タオル・衣類・帽子なども）駆除します。 ※この場合は熱湯処理する。浴槽などに衣類を入れて熱湯を注ぐなどの方法がある。	
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日	
保護者名 _____ (印)	

※書式はコピーしてお使い下さい。