

兒童牙齒塗氟保健社區巡迴服務幼兒園/學校同意書 (選用)

_____ (幼兒園/學校全
銜)
同意_____牙醫院所_____醫師於
_____ (執行年月日) 至本幼兒園/學校執行「兒
童牙齒塗氟保健社區巡迴服務」。

幼兒園/學校用印

負責人用印

中 華 民 國 年 月 日