

113年度「口腔照護獎勵計畫」申請表單

附件一

機構名稱	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 機 構 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> 用 印 </div>		
聯絡人		電話	
E-Mail			
住民人數總人數		男性/ 女性	
自行潔牙/協助潔牙/ 完全協助潔牙		可配合實地輔導 時間(上午/下午)	
機構護理人員數		機構照服員人數	
填表時間	年	月	日

備註：填妥用印後以 mail 送至衛生局醫事科沈瑜璞

(d00547@tncghb.gov.tw)，並以電話確認(06-6357716 分機 123)