

附件一

2018 年全國暨各區國小學童潔牙觀摩活動報名表

參加組別：甲組 乙組

學校名稱		縣市別			
郵遞區號&地址	□□□				
學校聯絡電話	()	承辦人電子信箱			
領隊姓名職稱及 ID 出生年月日 (辦理保險)	單位/分機	_____處/室，分機#_____			
	手機				
護理師姓名及 ID、出生年月日 (辦理保險)	單位/分機	健康中心，分機#_____			
	手機				
指導牙醫師姓名		服務單位			
參 加 觀 摩 學 童 資 料 (辦 理 學 生 平 安 保 險 資 料)					
年級別	性別	姓名	出生年月日	身份證字號	備註
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		
年 班			年 月 日		

※ 地區觀摩於 107 年○月○日(○)前 e-mail 或傳真至各縣市牙醫師公會

※ 全國觀摩於 107 年 9 月 7 日(五)前 e-mail 或傳真至牙醫全聯會 artimis@cda.org.tw

護理師

衛生組長

學務主任

校長