

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