

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會牙科治療椅捐贈表

本會近年來推廣偏遠地區巡迴醫療服務，欲設置固定式牙科治療椅於偏鄉，以利提升醫
缺地區醫療品質及提供醫療服務，如 貴會會員有意願捐贈牙科治療椅，請填妥附件後
傳真至本會，由本會安排相關事宜，感荷無既。

診所名稱:_____

診所負責人:_____

診所地址:_____

聯絡人:_____

連絡電話:_____

項次	廠牌	型號	出廠年份	數量	備註 (請簡述治療椅狀況，例如： 治療椅無法升降….)
1					
2					
3					
4					
5					

※煩請填寫完畢後將此調查表回傳至牙醫師公會全國聯合會：02-25000126。

聯絡人：02-25000133分機263施奕含小姐