

附件 1

2019 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			
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)	姓名: 職稱:	單位/分機	_____處/室, 分機#_____		
	ID: 出生日:	手機			
護理師姓名及 ID、出生年月日 (辦理保險)	姓名: ID:	單位/分機	健康中心, 分機#_____		
	出生日:	手機			
其他參與代表					
指導牙醫師	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 牙醫師姓名 _____, 是否隨隊參加? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
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 (國曆)	身份證字號	備註 如飲食限制
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		備取
年 班			年 月 日		備取

※ 9 月 27 日當日有參加者, 請務必填入此表, 俾利製證及安排餐盒, 欄位不足請

自行增加, 請於 108 年 9 月 6 日(五)前以光碟繳交至牙醫全聯會

護理師

衛生組長

學務主任

校長