

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段
488號

聯絡人：駱麗如

聯絡電話：(02)8590-7882

傳真：(02)8590-7080

電子郵件：moliru@mohw.gov.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年11月7日

發文字號：衛部口字第1140028689B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關「115年度牙體復形科專科醫師訓練機構認定合格名單及訓練容量」，業經本部於中華民國114年11月7日衛部口字第1140028689號公告，請查照。

說明：案內公告事項詳載於本部全球資訊網站（網址：

<https://www.mohw.gov.tw>）首頁 / 最新消息 / 公告訊

息，請逕行查閱下載。

正本：中華民國牙體復形學會

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人中華牙醫學會、中華民國醫院牙科協會

