

附件一

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			
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 (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

※地區觀摩於 108 年○月○日(○)前 e-mail 或傳真至各縣市牙醫師公會

※全國觀摩於 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