

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會  
牙醫師參與戒菸服務訓練計畫 戒菸服務資格證明  
實體證書申請表

申請人		身分證字號	
服務單位		聯絡電話	
郵寄地址	□□□		
申請證書類別	<input type="checkbox"/> 治療(初階)證書 <input type="checkbox"/> 衛教(進階)證書		

(以下表格由本會填寫)

申請日期	年 月 日	經辦人簽章	
治療證書	戒菸治療牙證字第_____號， 有效期間自民國____年____月____日， 至民國____年____月____日止。		
衛教證書	戒菸衛教牙證字第_____號， 有效期間自民國____年____月____日， 至民國____年____月____日止。		

備註：

1. 本表詳填後，請傳真(02-2500-0126)或電郵([m429@cda.org.tw](mailto:m429@cda.org.tw))至本會，本會收到申請表後(以傳真及電郵日期為憑)，將會於 15-30 個工作天後寄出實體證書。
2. 相關疑問可洽本會計畫承辦人：02-25000133\*256，吳小姐。