

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：施榮全 (02)25000133
電子郵件信箱：syhtran@eda.org.tw

受文者：詳如正、副本

發文日期：中華民國 106 年 11 月 27 日

發文字號：牙全廷字第 0660 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關捐贈牙科治療椅乙案，請轉知所屬會員，詳如說明段，敬請 查照。

說明：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。

正本：基隆市牙醫師公會、台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、桃園市牙醫師公會、新竹市牙醫師公會、新竹縣牙醫師公會、苗栗縣牙醫師公會、台中市牙醫師公會、台中市大台中牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、台南市牙醫師公會、高雄市牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會

牙醫全聯會
校對章(262)

理事長 謝尚廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療 主委決行
總審查執行會

高雄市牙醫師公會 收文章
106.11.28
第 3781 號 轉呈理事長

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

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