

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：羅方好

聯絡電話：(02)8590-7862

傳真：(02)8590-7092

電子郵件：pllo@mohw.gov.tw

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期：中華民國113年3月12日

發文字號：衛部口字第1132060318號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：作業指引、申請注意事項、輔導訪查基準、申請書

(A21000000I\_1132060318\_doc2\_Attach1.pdf、

A21000000I\_1132060318\_doc2\_Attach2.pdf、

A21000000I\_1132060318\_doc2\_Attach3.pdf、

A21000000I\_1132060318\_doc2\_Attach4.pdf)

主旨：檢送本部牙醫診所醫療品質認證試辦計畫相關文件(如附件)，請協助周知所轄牙醫診所或所屬會員，請查照。

說明：本部預計113年3月召開旨揭認證說明會，會議資訊將另函週知。

正本：地方政府衛生局、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本： 2024/03/13 08:28:58

衛生局 1130313



\*AJAA1133103870\*