

醫療院所名稱 函

機關地址：
傳 真：
聯 絡 人：
連絡電話：

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期： 年 月 日

發文字號：

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送本院/診所辦理「臺北市學童高度近視防治計畫」____月份經費核銷事宜，請查照。

說明：依據貴局臺北市學童高度近視防治計畫服務內容辦理。

正本：臺北市政府衛生局

院長