

113年臺北市婦幼優生保健計畫  
孕婦洗牙服務掛號費補助名冊

113.01.29

項次	就診日期	個案姓名	身分證字號
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
合計：__人次，每次掛號費：__元，總金額：__元，承辦人員：			
醫療院所名稱：_____ 醫療院所單位負責人核章：			