

# 牙醫診所 函

診所地址：  
聯絡人：  
連絡電話：  
傳 真：

受文者：臺北市政府衛生局

發文日期：113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：檢送本診所辦理「113年臺北市婦幼優生保健計畫」- 到校塗氟  
服務核銷文件，請查照。

正本：臺北市政府衛生局

大印

小印