

臺北市政府衛生局學童高度近視防治服務

專業視力檢查個案名冊

年 月 日

編號	檢查日期	個案姓名
檢查案數： 總金額： 元 承辦人員：		
醫療院所名稱： 機關首長核章：		

備註：

- 1. 編號欄位，請自行編號。
- 2. 400 元/次/人，需於次月 20 日前送衛生局申請核銷。