

正本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府衛生局 函

710

臺南市永康區中華路196之14號10樓

地址：70151臺南市東區林森路一段418號

承辦人：蔡慧穎

電話：06-2679751#168

傳真：06-3358161

電子信箱：d00069@tncghb.gov.tw

受文者：社團法人台南市牙醫師公會

發文日期：中華民國109年10月8日

發文字號：南市衛心字第1090168781號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：檢送本局「牙科醫療機構服務調查表」1份，請貴公會惠予轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部109年地方衛生機關業務考評作業辦理。
- 二、為提供市民獲得正確與即時的口腔就醫資訊，檢送本局「牙科醫療機構服務調查表」1份，請各牙科醫療機構填寫後於109年12月25日（星期五）前以電子郵件寄至本局d00069@tncghb.gov.tw或傳真至3358161。
- 三、將彙整服務調查表結果並公告於本局網頁供民眾查詢。
- 四、若有相關問題，請洽承辦人蔡小姐（聯絡電話：06—2679751分機168）。

正本：社團法人台南市牙醫師公會

副本：本局心理健康科

局長許以霖

收文日期: 109年10月20日	第 1002 號	簽章
批示日期: 109年10月20日		
批示項目	<input type="checkbox"/> 存查 <input checked="" type="checkbox"/> 轉知 <input checked="" type="checkbox"/> 全體會員 2. 學術主委 3. 健保主委 4. 環保主委 5. 口衛主委 6. 聯誼主委 7. 總務主委 8. 資訊主委 9. 偏遠主委 10. 公關主委 11. 法令主委 12. 特殊需求主委	

花PO
藍禮網
金

霖心務身局

臺南市政府衛生局牙科醫療機構 服務調查表

牙科醫療機構名稱： _____

牙科醫療機構負責人： _____

牙科醫療機構聯絡電話： _____ 牙科醫療機構聯絡人： _____

牙科醫療機構地址： _____

=====

服務項目一：塗氟

有提供服務，收費方式：健保給付 需自費

沒有提供該項服務

其他，請說明： _____

服務項目二：窩溝封填

有提供服務，收費方式：健保給付 需自費

沒有提供該項服務

其他，請說明： _____

服務項目三：身心障礙牙科

有提供服務，收費方式：健保給付 需自費

沒有提供該項服務

其他，請說明： _____

=====

請於 109 年 12 月 25 日前填寫完畢以電子郵件寄至本局 d00069@tncghb.gov.tw 或寄回本局林森
辦公室 70151 臺南市東區林森路一段 418 號，心理健康科蔡小姐收，謝謝~

收文日期:	年	月	日	第	號	簽章									
批示日期:	年	月	日												
批 示 項 目	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	存查	轉知	全體會員	學術主委	健保主委	環保主委	口衛主委	聯誼主委	總務主委	資訊主委	偏遠主委	公關主委	法令主委	特殊需求主委	

花PO
藍禮網
金