

關愛基金長者牙科服務資助項目(下稱「項目」)
關愛牙醫／牙科診所退出項目通知書

注意：

1. 如參與項目的牙醫／牙科診所欲退出項目，**必須**於退出項目生效日期三個月前通知項目辦公室有關決定，並**必須**完成已預約的個案。
2. 請將填妥的通知書**郵寄**至香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室 (地址：香港西營盤醫院道 34 號菲臘牙科醫院 LG1 樓)。

致：香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室

本人_____ (姓名)現通知 貴項目辦公室，本人於下列地址的牙科診所將於_____年_____月_____日，因以下原因退出關愛基金長者牙科服務資助項目，並於_____年_____月_____日起停止接收項目下的新症，本人並會完成所有在項目下已預約的個案。

牙科診所名稱： _____

牙科診所地址： _____

退出原因： _____

牙醫簽署

獲授權人士簽署

聯絡電話

診所印章

日期