

**關愛基金「長者牙科服務資助」項目
更新牙醫／牙科診所每月可接收本項目新個案名額資料通知**

注意：

1. 填妥本通知文件後儘快傳真／電郵／寄交至項目辦公室(傳真：2546 6038；電郵：ccfprogram@hkda.org；地址：香港西營盤醫院道 34 號菲臘牙科醫院 LG1 香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室)。
2. 請於下表列明相關提供服務的牙醫姓名、牙科診所名稱及牙科診所地址，以及需要更改名額的月份及名額資料，以便本辦公室儘快更改預約系統上的名額資料。
3. 如欲減少某月份的名額，需事先向本辦公室查詢該月份的名額是否已被負責轉介服務單位預留，當名額已被預留則無法刪減。

請於表格內填妥 閣下／貴診所的資料及相關月份可接收本項目新個案的更新名額數字，如該月未能提供任何名額應填上“0”。

	牙醫姓名	牙科診所名稱	牙科診所地址	名額的月份									
				____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月	____年 ____月
(1)													
(2)													
(3)													

牙醫姓名：_____

牙科診所名稱：_____

聯絡人姓名：_____

電話：_____

傳真：_____

牙醫簽署／
診所印章：

聯絡人職銜：_____

電郵：_____

日期：_____