



1. 請用黑色或藍色原子筆以中文填寫。在適當的方格「☐」內填上「✓」號。
2. 請儘快將填妥的表格郵寄／提交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 34 號 菲臘牙科醫院 LG1）。

第三部分 服務單位／長者家屬簽署

本機構／本人確認得悉上述第一部分所載人士自願終止接受關愛基金提供的鑲配活動假牙及／或其他牙科服務的資助及診療，並會負責通知相關的牙科診所，取消已預約的診期。

服務單位

服務單位 負責職員姓名：	_____	服務單位負責職員 簽署及機構印章：	_____
-----------------	-------	----------------------	-------

服務單位名稱及 於本項目的代號：	_____	(_____)
		服務單位代號

聯絡電話號碼：	_____	日期：	_____
---------	-------	-----	-------

長者親屬

長者親屬姓名：	_____	長者親屬簽署：	_____
---------	-------	---------	-------

與長者的關係：	_____	長者親屬 香港身份證號碼：	_____
---------	-------	------------------	-------

聯絡電話號碼：	_____	日期：	_____
---------	-------	-----	-------