

					
負責診 治醫師 簽章		醫療院所 蓋章		就診者 同意簽 章	(簽名或蓋章或捺指 印)

裝置假牙前(術前)照片粘貼欄-
 1、患者口內上、下顎照片各 1 張
 2、咬合面照 1 張
 3、口外照片全臉 1 張

(可採數位照片或列印，全彩清楚明確可辨認)

牙醫師公會審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 退件(原因；	13 (審核之牙醫師簽名) 1. 2.	(公會章)
	<input type="checkbox"/> 通過 核復公文 年 月 日 _____字第 _____ 號函	新北市政府 原民局 核 章	<input type="checkbox"/> 退件 核復公文 年 月 日 _____字第 _____ 號函