

106年度特殊需求者潔牙比賽 報名表

單位名稱		隊名	
領隊：		護理師：	
聯絡電話：			
刷牙者	被刷者	報名組別	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
		<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 同儕完全協助組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
註：完成報名後，若需替換參賽選手請最晚於比賽前1天（4/27）來電告知，恕不接受現場替換。			

106年度特殊需求者潔牙比賽 法定代理人/監護人同意書

_____ (以下簡稱本人)，參加由臺南市政府衛生局主辦之「106年度特殊需求者潔牙比賽」。活動當日相片，本人茲同意無償授權臺南市政府衛生局或指定其他第三人不限地域、時間或次數，以微縮、光碟、數位化等方式予以重製、散布、傳送、發行、公開發表、上載傳送網路供檢索查詢，或為其他方式之利用。

此致

臺南市政府衛生局

立同意書人：

【親筆簽名或蓋印】

法定代理人：

【親筆簽名或蓋印】

(如有需要)

中 華 民 國 1 0 6 年 月 日

臺南市政府衛生局
106年度特殊需求者潔牙比賽
印領清冊

負責人	單位地址	單位	日期	內容	金額 (提貨券)	機構印章
統一編號		隊名				
			106/4/28	參加獎	500	

106年度特殊需求者潔牙比賽

附件四

賽前準備成果表

單位名稱			
連絡人		聯絡方式	
執行成果			
成果照片			
成果照片			

*1.照片 jpg 檔請連同成果表以電子檔繳交至 mhp73@tncghb.gov.tw

2.材料費原始憑證及領據請於4月07日（五）前郵寄至臺南市政府衛生局（701台南市東區林森路一段418號3F 心理健康科，黃小姐收），逾期恕不受理。

領 據

茲向臺南市政府衛生局領受106年4月28日辦理「106年度特殊需求者潔牙比賽」之材料費用，合計新臺幣元整（請以中文大寫金額）。

此致

臺南市政府衛生局

參賽機構： (簽章)

負責人： (簽章)

統編：

聯絡電話：

地址：

(為便利辦理年度所得扣繳，請詳填戶籍地之村、里、鄰等正確資料)

出納	會計

(如未設置會計或出納專責人員得免簽章)

中 華 民 國 106 年 月 日