

106年臺南市溪北區特殊需求者潔牙比賽 報名表

單位名稱		隊名	
領隊：		護理師：	
聯絡人/電話：			
刷牙者	被刷者	報名組別	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <input type="checkbox"/> 師長完全協助組 <input type="checkbox"/> 部份協助組	
姓名： 年齡：	姓名： 年齡：	<input type="checkbox"/> 獨立刷牙組 <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天來電告知，恕不接受現場替換。			

領據

附件二

茲收到臺南市政府衛生局辦理「106年臺南市溪北區特殊需求者潔牙比賽」，賽前訓練材料費之款項，共計新台幣_____元(大寫)整。

此致

單位名稱(印章)：

負責人章：

會計印章：

出納印章：

(如無設置會計或出納專責人員免簽章)

地址：

統編：

電話：

金融機構代碼：

金融機構名稱：

匯入帳號：

帳戶名稱：

中 華 民 國 年 月 日

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 檔請連同成果表於9月29日(星期五)前，以電子檔繳交至 mhp73@tncghb.gov.tw

附件五

106年臺南市溪北區特殊需求者潔牙比賽

照片使用同意書

_____ (以下簡稱本人)，參加由臺南市政府衛生局主辦之「106年臺南市溪北區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(如有需要)：

【親筆簽名或蓋印】

中 華 民 國 1 0 6 年 月 日