



循道衛理楊震社會服務處
學前兒童護齒計劃
服務申請表格

學校名稱： _____

地址： _____

聯絡人姓名： _____

聯絡人職位： _____

聯絡電話： _____

本校欲申請以下服務：

學童口腔檢查 (對象為 2-6 歲學童)

擬舉行日期：		擬舉行時間：	
預計參加人數：	(全日班)	(上午班)	(下午班)

家長口腔衛生講座 (每節約 1 小時，每次約 20-60 人，以廣東話形式進行)

擬舉行日期：		擬舉行時間：	
預計參加人數：			

幼師口腔護理工作坊 (每節約 1 小時，以廣東話形式進行)

擬舉行日期：		擬舉行時間：	
預計參加人數：			

負責人簽名： _____

學校蓋印： _____

日期： _____

✉ 填妥表格後，請傳真(傳真號碼：2770 1417) 或
電郵方式(電郵：leong@yang.org.hk)交回本處 ✉

- 備註：
1. 本處收妥表格後，職員會以電話聯絡及落實最終服務日期。
 2. 以上服務均全免，參加者均可獲得護齒套裝一份。
 3. 如有需要，本處會轉介學童往私人執業牙科醫生或公營醫療系統作跟進(有關治療費用需由家長自行承擔)。轉介服務資料僅供家長參考。

☎ 查詢電話： 2251-0891 (伍先生) ☎



本計劃由香港公益金資助
This project is supported by The Community Chest