____度 _____鄉鎮市_____幼兒園牙齒塗氟第____次名冊及結果

檢查日期：_____　檢查時間：_____　篩檢醫師：_

編號	兒童姓名	於園所塗氟請打V	已至診所塗氟日期	拒塗氟請打V	備 註
合計					