دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت بهداشتي

 **به واحد سلامت دهان و دندان مرکز خدمات جامع سلامت ...................**

 **و پایگاه ثابت سلامت دهان و دندان مدارس واحدی/علائیان**

 **از مرکز/پایگاه خدمات جامع سلامت ...........................**

 با سلام و احترام

 بدین وسیله نوآموز .........................................جهت دریافت خدمات دندانپزشکی (**ترمیم,کشیدن دندان عفونی و غیر قابل نگهداری ,فیشورسیلانت** ) معرفی می گردد, خواهشمند است اقدامات لازم معمول گردد.

 نام و امضا مراقب سلامت