E:\تایپ\تایپ\Bus2\arm 1.BMPدانشگاه 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