

敬啟者：查 貴子弟已參加由衛生署安排之學童牙科保健服務。該署屬下之牙科中心現定於下列日期上課時間內為本校**四年級**學生提供牙科檢查服務。屆時將由老師陪同 貴子弟乘坐專車前往葵涌麗祖路牙科診所檢查牙齒。是日請 貴子弟帶備牙保手冊及牙刷。相應函請查照為荷。

班別	日期
4A	2017年6月21日(星期三)
4B	2017年6月12日(星期一)
4C	2017年6月21日(星期三)
4D	2017年6月15日(星期四)
4E	2017年6月12日(星期一)

如有疑問，請與校方聯絡。

此致

貴家長

聖公會主愛小學校長

謹啟

主曆二零一七年五月十八日



請剪下交回貴子弟的班主任

190

回 條——牙科保健

敬覆者： 貴校二零一六年度第一九零號通告內容已悉。

此覆

聖公會主愛小學

雷校長

____ 四 年級 _____ 班學生 _____ ()

家長簽署 _____

二零一七年五月 日