

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
4B	2018年5月10日(星期四)
4C	2018年5月9日(星期三)
4D	2018年5月29日(星期二)
4E	2018年5月25日(星期五)

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

主曆二零一八年四月十三日

✂ ————— 請剪下交回貴子弟的班主任 —————

173

回 條——牙科保健

敬覆者： 貴校二零一七年度第一七三號通告內容已悉。

此覆

聖公會主愛小學

雷校長

____ 四 ____ 年級 ____ 班學生 _____ ()

家長簽署 _____

二零一八年四月 日