

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。是日請著 貴子弟帶備牙保手冊及牙刷。

班別	日期
4A	2019年1月28日(星期一)
4B	2019年1月8日(星期二)
4C	2019年1月25日(星期五)
4D	2019年1月9日(星期三)
4E	2019年1月9日(星期三)

請 貴家長於十二月十三日(星期四)前簽署回條。如有疑問，請與班主任聯絡。

此致
貴家長

校長: 譚先明 謹啟

主曆二零一八年十二月十二日

✂ ————— 請剪下交回貴子弟的班主任 —————

126B

回 條 - 四年級牙科保健

敬覆者： 貴校二零一八年度第一二六B號通告內容已悉。

此覆

聖公會主愛小學

譚校長

四年級_____班學生：_____ ()

家長簽署：_____

二零一八年十二月 日