112**學年度 縣/市 口腔保健績優學校遴選推薦名單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **學校名稱(全銜)****如有區/市/鄉/鎮請註明** | **地址****請詳填郵遞區號共5碼** | **學校聯絡人與職稱** | **聯絡人聯絡電話****請註明區碼與分機號碼** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**備註：**

1. 本表填妥後，請務必核章，請於113年1月24日前，以電子郵件方式寄達「112學年度口腔保健績優學校遴選」審查小組。電子郵件主旨為「112學年度口腔保健績優學校遴選\_縣市名稱」，信箱為105sohpp@gmail.com。
2. 送出推薦時，**請務必確認推薦學校於109~111學年度未獲本遴選計畫特優獎之獎項**。
3. 本表不敷使用，請自行延伸。

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_縣/市教育局（處）承辦人聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 聯絡電子信箱：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承辦人簽章： | 單位主管簽章： | 首長簽章： |

填表日期：