

本人_____（親簽）已確認 _____（牙位）

_____（治療項目）之功能、外觀等均已符合本人要求。在此同意醫師以正式黏著劑進行正式黏著，本人亦了解經正式黏著後復形物無法完整取下修改，若於正式黏著後欲重新製作假牙，需於三個月內提出重做需求並繳清重新製作費用。

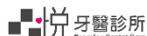
_____	項目：	_____	項目：
_____	費用：	_____	費用：
	顆		顆
	民國	年	月
			日

 2022.08 印製

本人_____（親簽）已確認 _____（牙位）

_____（治療項目）之功能、外觀等均已符合本人要求。在此同意醫師以正式黏著劑進行正式黏著，本人亦了解經正式黏著後復形物無法完整取下修改，若於正式黏著後欲重新製作假牙，需於三個月內提出重做需求並繳清重新製作費用。

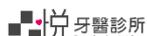
_____	項目：	_____	項目：
_____	費用：	_____	費用：
	顆		顆
	民國	年	月
			日

 2022.08 印製

本人_____（親簽）已確認 _____（牙位）

_____（治療項目）之功能、外觀等均已符合本人要求。在此同意醫師以正式黏著劑進行正式黏著，本人亦了解經正式黏著後復形物無法完整取下修改，若於正式黏著後欲重新製作假牙，需於三個月內提出重做需求並繳清重新製作費用。

_____	項目：	_____	項目：
_____	費用：	_____	費用：
	顆		顆
	民國	年	月
			日

 2022.08 印製