

شهر / شهرستان / روستا

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

گواهی "دهان و دندان عاری از پوسیدگی"

مدیر محترم مدرسه

با سلام و احترام

گواهی می گردد که دانش آموز پایه ابتدایی، خانم / آقا فرزند ، به شماره کد ملی خدمات دندانپزشکی مورد نیاز خود را در قالب بسته خدمتی سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دریافت کرده است و در حال حاضر دارای دهان و دندان عاری از پوسیدگی می باشد. ضمن تشکر از والدین محترم که به رفع مشکل دهان و دندان فرزند خود اهمیت داده و تا به ثمر رسیدن آن پیگیری لازم را نموده اند، امید است نامبرده با رعایت بهداشت دهان و دندان، استفاده از رژیم غذایی مناسب، بهره مند شدن از خدمات پیشگیری اولیه و مراجعه به دندانپزشک برای معاینات دوره ای، همچنان دهان خود را در وضعیت عاری از پوسیدگی حفظ نماید.

"نام و نام خانوادگی " ارائه دهنده خدمت

تاریخ تکمیل فرم

"مهر و امضا" دندانپزشک

"نام و مهر" مرکز خدمات جامع سلامت