

檔 號：

保存年限：

○○牙醫診所 函

地址：

承辦人：

電話：

傳真：

e-mail：

受文者：國立成功大學醫學院附設醫院

發文日期：○年○月○日

發文字號：

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：畢業證書、牙醫師證書正反面影本

主旨：擬薦送本診所○○○醫師，至 貴院接受____科專科醫師
訓練，期間自民國○年○月○日起至○年○月○日止，每週
○個半天，敬請同意惠覆。

正本：國立成功大學醫學院附設醫院

副本：

院 長