Washington State Health Care Authority

牙齿矫正服务中止表

Orthodontic discontinuation of service form

当事人：姓	当事人：名	
当事人身份识别号码	授权号码	
装置放置日期	去箍日期	上次服务日期
在完成前中止牙齿矫正治疗的原因。		
家长/监护人		
服务提供者签名		