Washington State Health Care Authority

Mẫu đơn ngừng dịch vụ chỉnh nha

Orthodontic discontinuation of service form

Họ Thân chủ	Tên Thân chủ:	
ID thân chủ	Số ủy quyền	
Ngày thay thế mắc cài	Ngày tháo ra	Ngày dịch vụ sau cùng
Lý do điều trị chỉnh nha đã được ngừng trước khi hoàn tất.		
Phụ Huynh/Người Giám Hộ		
Chữ ký nhà cung cấp		