

Suun terveydenhuollon palveluntuottajan henkilöstöluettelo

Palveluntuottajan nimi _____

Palvelusta vastaava henkilö _____

Hammaslääkärit ja suuhygienistit

Nimi	Ammattinimike	Suomessa laillistettu	Suomen kieli äidinkieli*
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avustava henkilökunta

Nimi	Suomen kieli äidinkieli*
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Palvelusta vastaavan henkilön
allekirjoitus _____

Päiväys _____ Nimenselvennys

* Mikäli suomen kieli ei ole henkilön äidinkieli, tulee todistukset kielitaidosta toimittaa suun terveydenhuollon palvelusetelin toimintaohjeessa edellytillä tavalla.