



113 年新北市驗光生公會學童公益配鏡 NO.

姓名：_____ 學校：_____ 電話：_____

PG	SPH.	CYL.	AXIS.	PD	鏡架
右眼					
左眼					
領取人簽章：			配鏡日期 年 月 日	交件日期 年 月 日	鏡片
學校審核章：			驗光所蓋章：		

備註：

1. 鏡片規格:1.56 綠衣多層膜，度數範圍-8.00-2.00~+6.00-2.00 內。
2. 驗光人員法施行細則第 6 條，規定驗光人員對於 6 歲以上、15 歲以下學童第一次驗光和配眼鏡，需要醫師處方箋、確認過不是假性近視後才可以配。
3. 符合資格之學童請至合作特約驗光所(詳見背面)，接受配鏡服務。
4. 活動時間:即日起至 113 年 6 月 30 日止

第一聯 驗光所收執聯



113 年新北市驗光生公會學童公益配鏡 NO.

姓名：_____ 學校：_____ 電話：_____

PG	SPH.	CYL.	AXIS.	PD	鏡架
右眼					
左眼					
領取人簽章：			配鏡日期 年 月 日	交件日期 年 月 日	鏡片
學校審核章：			驗光所蓋章：		

備註：

1. 鏡片規格:1.56 綠衣多層膜，度數範圍-8.00-2.00~+6.00-2.00 內。
2. 驗光人員法施行細則第 6 條，規定驗光人員對於 6 歲以上、15 歲以下學童第一次驗光和配眼鏡，需要醫師處方箋、確認過不是假性近視後才可以配。
3. 符合資格之學童請至合作特約驗光所(詳見背面)，接受配鏡服務。
4. 活動時間:即日起至 113 年 6 月 30 日止

第二聯 新北市驗光生公會收執聯