

## 聲明書

受檢者\_\_\_\_\_，身分證/護照號：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，連絡電話：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日於臺北市立仁愛院區健康管理中心預約

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日接受\_\_\_\_\_健康檢查。

若貴中心在檢查日前七個工作天經由電話（或手機）聯絡本人或指定家屬未果，本人願意無條件放棄健康檢查資格。

此致臺北市立聯合醫院仁愛院區健康管理中心

簽名：

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日