日健生活健康機構
日　健　診　所
地址：台中市西區臺灣大道二段 218 號 17 樓
電話：(04)2329-6899　　傳真：(04)2329-6877

體檢報告代領受託切結書

體檢人：_____ 因無法親自前來，委託本人代為領取報告及聆聽解說，特立此據，以茲證明。此情事如有虛假，本人願意負擔一切法律及受檢人道義上任何賠償損失責任，與日健診所無任何關係。

－以下空白－

受託人　同意簽章：

身份證號：

聯絡電話：

切結日期　　年　　月　　日