



禾瑞印象診所

## 委託書

立書人，因故無法親自至貴院辦理以下事宜，特委託 \_\_\_\_\_ 先生/女士於  
年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日代理本人辦理，確認無誤，故此代理行為視同本人行為並由本人  
承擔一切責任，並同意檢附本人及受託人之身分證件影本供貴院查核。

此致 禾瑞印象診所

- 代領健康檢查報告
- 代諮詢健康檢查報告
- 代領補發健康檢查報告
- 代領診斷書
- 代領取光碟

身分證影本浮貼處

本人：(簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

身分證影本浮貼處

受託人：(簽章)

身分證字號：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日