

健康署四十歲以上至未滿四十五歲且其母親、女兒、姊妹、祖母或外祖母曾患有乳癌之婦女乳房 X 光攝影檢查服務聲明書

立聲明書人\_\_\_\_\_（以下簡稱本人），因為\_\_\_\_\_之原因，故無法出具二親等以內血親曾患有乳癌之診斷證明與其親屬關係相關文件，茲證明我的  母親， 姊妹， 女兒， 祖母， 外祖母 曾患有乳癌，該名親屬姓名為\_\_\_\_\_，身分證統一編號（死亡者免填）：\_\_\_\_\_，本人聲明全部屬實，如有不實者願負一切法律責任。

立聲明書人

姓名：\_\_\_\_\_（簽章）

身分證統一編號：

通訊地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

備註：本資料請醫療院所留存於病歷中。

(111 年 3 月修訂)