

**健康署成人預防保健服務
雙軌作業方式聲明書**

我已經瞭解成人預防保健服務雙軌作業方式，並願意遵行下列事項：

- 我同意接受第一階段檢驗檢查服務後，於成人預防保健服務檢查紀錄結果表單上註明執行第二階段服務之特約醫事服務機構名稱及住址。

- 第一階段檢驗檢查結果報告會於兩週內，逕寄至我選定之特約醫事服務機構，我必須直接至特約醫事服務機構索取報告並接受第二段服務。

民眾或家屬簽名：

時間： 年 月 日