

项目申请表

患者姓名		性别		年龄	
联系电话		就诊科室			
身份证号		固定家庭地址			
亲属姓名		联系电话			
与患者关系		工作单位			
低保证编号:					
医保卡号码:					

患者声明签字

作为患者申请者本人，我在此申明，本人知晓自己的病情，自愿加入北京仁泽公益基金会开展的“为爱题鸣-移植儿童关爱活动”，并完全知晓“为爱题鸣-移植儿童关爱活动”的所有项目信息，所提供的全部申请材料均真实准确，愿意接受调查核实。我同意并严格遵守项目的各项规定，自愿按程序申请，接受任何不实的申报或违反项目规定，将导致本人就该项目的申请得不到批准或救助立即终止的后果。

患者签字：

患者监护人签字：

签字日期：