

## “为爱题鸣-移植儿童关爱活动”项目医生推荐信

### 项目医生信息：

医院名称	上海交通大学医学院附属仁济医院		
医生姓名		联系电话	
科室		职称	

### 患者诊断信息：

患者姓名		联系电话	
性别		年龄	
诊断证明			

救助金\_\_\_\_\_元

用途： 手术费 住院费 药物费用 其他\_\_\_\_\_

项目医生签名： \_\_\_\_\_日期： \_\_\_\_\_