



援助药品签收单

本人已经按照项目的要求领取援助药物格拉司琼透皮贴剂（善可舒[®]）1盒（1片/盒），外观无破损，并且
领取时在药物有效期内。特此声明！

领药（患者本人或委托人）签字：_____ 签字日期：_____年_____月_____日

援助药品领取委托书

本人因健康原因，不能亲自前往项目药店领取援助药品格拉司琼透皮贴剂（善可舒[®]），兹委托（姓名）_____
_____身份证号码：_____代为领取。

患者本人签字：_____ 签字日期：_____年_____月_____日