中华慈善总会多吉美患者援助项目注册医院医生审批单

医院名称					
医院地址					
医院邮编			医院网站		
医院电话			医院传真		
医生姓名		性别		年龄	
科　　室			职　　务		
身份证号					
办公电话			办公传真		
手　　机					
电子邮箱					
门诊时间					

注册医生须知（请划“√”）

1、您是否自愿担任慈善医务志愿者（是　　）　（ 否　　）

2、您是否能为项目患者做医学评估和随访（是　　）　（ 否　　）

3、您是否能做到面诊患者后，再开据处方和随访，并在处方和随访表上**亲笔签名**、加盖注册医生专用章（是　　）（ 否　　）

申请多吉美项目注册医生：HCC（　）　　RCC（　）

申请医生签名：

日期：

项目办公室意见：

项目主任签字：

日期：