

中华慈善总会多吉美患者援助项目

低保患者回访表

姓 名		身份证号码		性 别		近期 1 寸彩色 相片
本人联系电话						
邮寄地址						
申请理由						
第一联系人姓名		电 话		与患者关系		
第二联系人姓名		电 话		与患者关系		
当地区、县民政局或发证机构 名称及电话		名 称				
		电 话				
低保证编号				发证日期		
发证机构						
当地区、县级民政局核准患者是否低保属实。			中华慈善总会多吉美患者援助项目管理办公室意见。(此 栏无需患者填写)			
单位公章 年 月 日			年 月 日			

备注：

1. 表格所有内容均需填写。
2. 本人有多个联系电话的，请尽量多填。
3. 如有任何疑问请致电多吉美项目热线 010-67080900 拨 0，或查询网站 www.ncpap.com.cn