

中华慈善总会多吉美患者援助项目

患者回访表

姓名		身份证号码		近期 1 寸彩色 相片
本人联系电话		性别		
邮寄地址				
工作单位名称			职 务	
患者本人上年度 总收入		家庭上年度 总收入		
当地街道办事处、乡镇政府 或其他相关单位 名称及电话	名称			
	电话			
申请理由：				
当地街道办事处、乡镇政府核准患者是否经济困难无力承担多吉美治疗费用。		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