

申请表单（附表五）

中国初级卫生保健基金会
爱聚捷音-甲型血友病患者援助项目
申请表填写委托书

由于患者本人没有文化书写不便，申请项目援助的表格填写事宜委托_____负责办理。被委托人_____与患者关系_____。委托人愿意承担因被委托人违反项目规定所发生的一切后果。

备注：1、被委托人需为患者直系亲属，即患者父母、配偶或子女。

2、需提供被委托人的身份证复印件（正反面）一份。

患者姓名（正楷）：_____

患者手印：_____

委托时间：_____

被委托人姓名（正楷）：_____

被委托人签字：_____

接受委托时间：_____

注：此表可以复印使用