**名医主刀“公益联盟”援助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性 别 | |  | 年 龄 |  |
| 预约单编号 |  | | 疾病名称 | |  | | |
| 籍贯 |  | | 职业 | |  | | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 所在省 |  | | 所在市 | |  | 所在县 |  |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | |
| 疾病描述 |  | | | | | | |
| 家庭成员 | | | | | | | |
| 姓名 | 与患者的关系 | 年龄 | | 文化程度 | | 职业 | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
| 家庭年收入 |  | 当地人均年收入 | | | |  | |
| 造成家庭经济困难原因（即申请理由，如家庭成员的重大疾病情况或重大变故带来的经济负担） |  | | | | | | |
| 名医主刀公益联盟委员会审批意见（此栏双方同意后再填写） | 名医主刀公益联盟委员会讨论决定：  同意资助 元整手术治疗费用。  申请人签字： 名医主刀负责人签字：  盖章  年 月 日 | | | | | | |

请至少提供一位证明人。如为农村户籍，其中一位证明人必须为居委会干部或工作人员等；如为城镇户籍，其中一位证明人可为单位人事部干部或员工或同事。

证明人签名： 身份证：

电话： 地 址：

证明人签名： 身份证：

电话： 地 址：

证明人签名： 身份证：

电话： 地 址：

**本人保证以上资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任。**

申请人签名：

日期： 年 月 日

备注：

1.最终解释权归上海创贤网络科技有限公司所有。

2.名医主刀公益联盟委员会有权对获捐助的患者定期进行抽查，核对个人信息和疾病资料，如发现信息不实或条件不符合，将立即停止捐助。