



非凡活力——多发性硬化患者救助项目 转诊申请表

姓名		年龄		性别	
联系电话			第一联系人电话		
项目医院	省		市	医院	
项目医生填写部分					
患者申请	签字：日期：				
原项目医院			项目医生		
转诊意见	签字：日期： 项目医生专用章				
接诊医院			项目医生		
接诊意见	签字：日期： 项目医生专用章				

备注：

填写完整后可通过以下方式发送至项目办

- 1、邮寄至项目办公室，项目办收到后与患者确认并转诊。
- 2、拍照至项目邮箱同时通知项目热线，邮寄至项目办，收到后与患者确认并转诊。
- 3、通过微信公众号发起转诊申请，并拍照上传转诊表，邮寄至项目办，项目办收到后与患者确认并转诊。
- 4、如申请表填写不规范，不完整，不符合项目要求，则不予通过。