

**中国初级卫生保健基金会**  
**易生守护-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：** \_\_\_\_\_

**患者手印：** \_\_\_\_\_

**委托时间：** \_\_\_\_\_

**被委托人签字：** \_\_\_\_\_

**接受委托时间：** \_\_\_\_\_