

中国初级卫生保健基金会

瑞得新生患者援助项目 项目医生理解备忘录

尊敬的_____医生：

为了提高中国乳腺癌患者对于肿瘤免疫治疗的可及性及规范性，减轻患者经济负担，延长患者生命，中国初级卫生保健基金会将于2021年7月正式启动“瑞得新生-患者援助项目”，该项目援助药品阿那曲唑片（瑞宁得®）由阿斯利康制药有限公司向中国初级卫生保健基金会无偿捐赠。

该项目为慈善援助项目，为确保援助药品援助给真正需要阿那曲唑片（瑞宁得®）治疗的患者，瑞得新生患者援助项目需要您的支持，特此邀请您成为该项目的项目医生。

作为项目医生，需严格按照项目要求开展工作，负责对到贵院就诊的患者进行医学评估和推荐，根据患者情况填写《医学条件确认表》和《医学随访表》、开具项目处方。工作中，不弄虚作假，不与患者产生利益关系。

关于该项目，您有任何疑问及建议都可以联系“瑞得新生患者援助项目”的项目办公室工作人员。我们非常愿意倾听您的意见和建议，并给予您所需要的帮助。

如果您接受我们的邀请，愿意作为项目医生参与该项目，且完全理解项目医生的职责和要求，请在以下项目确认函中签字并填写备案表。非常感谢您的爱心及对慈善事业的贡献！

中国初级卫生保健基金会

二〇二一年六月

项目确认函

我同意成为瑞得新生——患者援助项目医生，并遵循项目规定。

本人姓名（正楷）：

本人签字：

签署日期：

年

月

日



中国初级卫生保健基金会
瑞得新生——患者援助项目
项目医生信息备案表

姓名		性别	
身份证号		手机号码	
所在医院			
科室		职称/职务	
电子邮箱			
联系地址			

本人姓名（正楷）：

本人签名：

填写日期： 年 月 日

填表说明：

本表用于项目办公室备案使用，请填写真实信息。