
项目医生章确认函

尊敬的医生：

感谢您爱心参与费凡掌控——前列腺癌患者援助项目，成为本项目的医生。烦请您收到项目章的时候填写以下信息并签字盖项目医生章进行确认，谢谢！

_____（姓名正楷）_____（医院），于
____年____月____日，已收到费凡掌控——前列腺癌患者援助
项目医生章。

我将确保项目医生章的规范使用。

项目医生（签字）：

（盖项目医生章）