



中国初级卫生保健基金会

易生守护-甲型血友病患者检查费用援助项目

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（正楷）：_____

患者手印：_____

委托时间：_____

被委托人姓名（正楷）：_____

被委托人签字：

接受委托时间：_____