

中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目 再次申请表

患者姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____					患者照片 (近期蓝色/白色背景证件照)
身份证号：_____ 联系电话：_____					
邮寄地址：_____ 省 _____ 市 _____					
第一联系人姓名		与患者关系		联系电话	
第二联系人姓名		与患者关系		联系电话	
本年度家庭经济状况是否有变化： <input type="checkbox"/> 无变化 <input type="checkbox"/> 有变化，具体变化为：					
患者声明： 我在此声明，已完全知晓中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目的相关信息，同意并严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请项目，我愿意承担违反规定后的一切后果。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 患者本人签字：_____ _____年____月____日 </div>					
以下部分无需申请人填写					
中华慈善总会泰圣奇慈善援助项目办公室审批意见：					

