

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：_____ 身份证号：_____ 联系电话：_____ 邮寄地址：_____省_____市_____	患者照片 （近期蓝色/白色 背景证件照）
---	----------------------------

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：

无变化

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。

患者本人签字：_____

_____年_____月_____日

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：