

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。				
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：				

