

附 3:

上海市红十字会造血干细胞移植患者救助申请表

编号:

患者姓名		性别		出生年月	
身份证号					
户籍地址	区 路		街道 弄 号		居室 邮编
患者及 家庭成员 基本情况	姓名	年龄	工作单位(学校)		联系电话或手机
委托(或法定监护人)联系人: _____ 与患者关系: _____ 联系电话: _____ 联系地址: _____ 邮 编: _____ EMAIL 地址: _____					
本人承诺,所提供的各类证明材料及填写信息均真实、有效,如存在不实之处,愿意承担相关责任。 申请人签名 _____ 申请日期: _____ 年 月 日					

以上由患者或法定监护人填写

初审意见	负责人	单位盖章	年 月 日
复核意见	负责人	单位/部门盖章	年 月 日
审核意见	负责人	单位/部门盖章	年 月 日

申请人需提供的材料: 1、移植定点医院出具“造血干细胞移植证明”原件; 2、本人及家庭成员收入证明材料复印件; 3、身份证、户籍证明(或学籍证明)复印件; 4、高分辨配型报告复印件(自体移植不需提供)。