

爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目
患者再次申请表

姓名		身份证号	
广州就诊医院		广州就诊医生	
本次提交购药发票 时间		本次提交购药 发票盒数	

特承诺：以上全部信息均真实、准确。如有虚假，或信息填写有误，由此产生的一切后果将由患者自行承担。

患者签字：

签字日期：