

麟动新生—低磷性佝偻病患者资金援助项目

资金领取确认书

姓名:

身份证号:

已知悉麟动新生—低磷性佝偻病患者资金援助项目的相关信息。本援助周期已成功领取总计为人民币_____元（大写数额：_____元整）的项目援助金，请确认并签字。

患者/监护人签字确认以上全部内容:

确认日期: 年 月 日