

麟动新生—低磷性佝偻病患者资金援助项目

患者再次申请表

患者姓名		身份证号	
就诊医院		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/监护人签字：

签字日期：