

附件三

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”造血干细胞移植资助申请表

申请人姓名		身份证号		申请时间	
联系方式				移植费用	
是否获得过资助	<p>是否获得中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病资助：</p> <p><input type="checkbox"/>是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年；</p> <p><input type="checkbox"/>否。</p>				
造血干细胞移植 就诊医院 意见	<p><u>说明：需注明入仓、出仓时间，须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效。</u></p> <p style="text-align: right;">（医院盖章）</p> <p style="text-align: right;">主治医生（签名）： 年 月 日</p>				

说明：造血干细胞移植配型报告复印件需与本表一同提交。

