

北京华康公益基金会 - 葆卫明天患者援助项目 项目转诊表

患者姓名		性别		年龄	
家庭住址					
联系电话		患者编号			
患者申请	(注: 请在下方明确注明转出和转入的项目医院和药房)				
	签字:		日期:		
原项目医院			项目医生		
转诊意见					
	项目医生签字:		日期:		
接诊项目医院			项目医生		
接诊意见					
	项目医生签字:		日期:		
项目办公室 审批	项目办公室意见:				
	经办人:		日期:		
	项目负责人签字:				