

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	<p>(注：请在下方明确注明转出和转入的项目医院和药房)</p> <p>签字: _____ 日期: _____</p>				
原项目医院			项目医生		
转诊意见	<p>项目医生签字: _____ 日期: _____</p>				
接诊项目医院			项目医生		
接诊意见	<p>项目医生签字: _____ 日期: _____</p>				
项目办公室审批	<p>项目办公室意见：</p> <p>经办人: _____ 日期: _____</p> <p>项目负责人签字: _____</p>				