中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目
援助资金领取委托书

本人_____唯一号码_____，因___□未成年/□行动不便___（请勾选），特申请由_____（代领人姓名）代领援助资金，代领人与患者关系为_____。

患者本人愿意承担因代领人违反项目任何规定所产生的包括申请得不到批准或援助立即终止等全部后果。

特别提示：

1、18 周岁以下患者必须填写此委托书。

2、代领人需为患者的直系亲属，即患者的父母、配偶、子女。

3、需提供代领人的身份证复印件（正反面）一份。

4、如患者更换代领人，需要重新填写此委托书并提供代领人相关资料。

患者签名：_____

代领人签名：_____

日　　期：_____