中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目
患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目。我已经完全知晓《中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目患者告知书》及《中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目患者申请表》中的全部内容，并完全接受其中的各项约定。

患者本人在此郑重承诺：我或我的委托人在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或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。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会造成损失的，我将承担相应责任。

患者签名：_____　　日期：_____

备注：

1．患者签名须工整，中华慈善总会保留（此页需邮寄）。

2．患者签名部分必须由患者本人填写，如患者无法写字，需要家属代签名后，由患者本人在自己签名处加盖手印。

中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目
患者知情同意书

患者本人在此申明：我知晓自身病情，自愿按照程序申请中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目。我已经完全知晓《中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目患者告知书》及《中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目患者申请表》中《填表说明》的全部内容，并完全接受其中的各项约定。

患者本人在此郑重承诺：我或我的委托人能够按时前往指定机构领取援助资金。在申请、受助期间，均提供真实准确的资料，愿意接受中华慈善总会的调查核实及审计抽查，同意并将严格遵守中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目的各项规定。我愿意承担未如实申报或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。如患者本人或本人亲属任何言行对中华慈善总会以及地方慈善机构等项目合作方造成损失的，我将承担相应责任。

患者签名：_____　　日期：_____

备注：

1．患者保留本页

2．患者签字部分必须由患者本人填写，如患者无法写字，需要家属代签字后，由患者本人在自己签名处加盖手印。