



中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目 患者援助资金领取凭证

患者姓名：_____ 患者身份证号码：_____

患者唯一号码：_____ 批准通知时间：_____

患者类别： 中低收入患者 病前低保户（精准扶贫对象）

本次合计购药数量：_____ 盒，本次合计购药金额：_____ 元

今领到中华慈善总会槐耳颗粒患者援助项目援助金：_____ 元

患者在开户银行预留电话号码：_____

患者签名：_____ 签字日期：_____

特别提示：

填写完毕，请邮寄至北京市西城区100034信箱34分箱（仅接收中国邮政EMS）