

2024年甲型血友病患者生活补助项目  
物资申请表

患者姓名： 年龄： 性别： 男 女

患者本人身份证号：

移动电话： +86-

收货地址：

声明：

本人对于以上信息填写均为真实有效，接受基金会审查回访，并愿意承担因提供虚假信息造成的后果，本人完全同意。

患者签字：

日期：

注：签收信息必须清晰准确有效，如因信息有误导致无法签收，即视为自动放弃申请；