爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目

援助资金领取确认书

姓名：　　身份证号：

已知悉爱赫新生-卵巢癌患者关爱项目相关信息。本援助周期已成功领取总计 40000 元的项目援助金，请确认并签字。

患者签字确认以上全部内容：

确认日期：　　年　　月　　日