



中国初级卫生保健基金会
睛乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目
直系亲属信息表

直系亲属信息（1）

		与申请人的关系：	_____
姓名	_____	性别	_____
		年龄	_____
手机 _____			
以下请您填写工作情况（无工作请如实填写现在情况及原因）			
工作单位：		_____ 工作职务： _____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年			
上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）			
本年月平均收入 _____ 元			
证明人签字：		_____ 证明部门盖章： _____	
证明人职务：		_____ 证明人联系电话（座机）： _____	
日 期： _____ 年 _____ 月 _____ 日			

直系亲属信息（2）

		与申请人的关系：	_____
姓名	_____	性别	_____
		年龄	_____
手机 _____			
以下请您填写工作情况（无工作请如实填写现在情况及原因）			
工作单位：		_____ 工作职务： _____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年			
上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）			
本年月平均收入 _____ 元			
证明人签字：		_____ 证明部门盖章： _____	
证明人职务：		_____ 证明人联系电话（座机）： _____	
日 期： _____ 年 _____ 月 _____ 日			

备注：

- 1、此援助项目为慈善患者援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助药品资格，情节严重者将负法律责任
- 2、以小家庭为单位，已婚患者提供本人及其配偶、子女收入信息；未婚患者提供本人及其父母收入信息.特殊情况（未参加工作、打工、务农等）需写清原因，并由户籍所在地/常住地村/居委会及以上部门盖章
- 3、该表格项目办公室将留存，若您有需要，请提前复印。