



中国初级卫生保健基金会
晴乐相伴-胃肠间质瘤患者援助项目领取委托书

委托人：_____身份证号码：_____

被委托人：_____身份证号码：_____

与委托人关系：_____

本人因身体原因无法亲自到现场领取援助药品，特委托 _____ 作为我的合法代
领人，代为领取胃肠间质瘤治疗援助药品。对被委托人在办理领取过程中所签署的有关文
件，我均已认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人签字：

被委托人：

签字日期：

备注：原则上要求患者本人领取，如果患者本人由于身体原因无法领取，须由其直系亲属代领，代领人须携带患者本人签字的领取委托书及
患者身份证原件、复印件、代领人身份证原件及复印件方可代领。