



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
患者转诊申请表

申请人填写：			
患者姓名		联系电话	
身份证号			
原项目医院		原项目医生	
接诊项目医院		接诊项目医生	
转诊原因 患者本人签字： 日期：			
原项目医院项目医生填写：			
转诊意见 原项目医生签字、盖项目章： 日期：			
接诊项目医院项目医生填写：			
接诊意见 接诊项目医生签字、盖项目章： 日期：			