



中华慈善总会爱必妥慈善援助项目 变更发药点/医生申请表

患者姓名		唯一号码	
联系电话		手机	
邮寄地址			
申请内容	<input type="checkbox"/> 变更发药点 <input type="checkbox"/> 变更医生 <input type="checkbox"/> 注射医院		
申请理由			
原发药点		新发药点	
原注册医生所在医院		新注册医生所在医院	
原注册医生评估患者 使用爱必妥是否有效	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	新注册医生是否同意 接收该患者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
原注册医生签字盖章		新注册医生签字盖章	
患者签字		签字日期	

填表说明：1、注册医生名单，患者可致电项目热线400-686-5525（工作日9:00-18:00）进行查询，以便选择新注册医生。

2、准备变更发药点/医院及医生的患者，需要填写本表，并将此表邮寄到爱必妥项目办公室进行审批。邮政信箱：北京市100034信箱27分箱（只接收EMS）