

以下内容由求援人及其所在教区、堂区填写（非教友请联系当地教会）

教区、堂区负责人：

医疗救助资金为爱心人士捐献，专为家庭贫困、无钱医治的兄弟姐妹提供紧急援助。

请求援人所属堂区、教区负责人对求援申请人严格把关，务必让爱心人士奉献的善款用于真正有需要的“最小的兄弟姐妹”。多谢您的合作与支持！

河北进德公益基金会

<p>求援者情况</p>	<p>求援者个人病情及其家庭状况：（须求援申请人本人填写）</p> <p>本人或代笔人签名：_____</p> <p>年 月 日</p>
<p>堂区意见</p>	<p>本堂神父（签名）：_____</p> <p>（堂区公章）</p> <p>年 月 日</p>
<p>教区意见</p>	<p>主教/教区长（签名）：_____</p> <p>（教区公章）</p> <p>年 月 日</p>
<p>进德审核意见</p>	<p>（公章）</p> <p>年 月 日</p>