



编号: _____

省四院、进德公益 先天性心脏病求援申请登记表

求援者姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 民族 _____
联系电话 _____ 通讯地址邮编: _____
家属微信号和 QQ 号: _____
其他个人或机构对求援者捐助情况: _____
求援者所在单位或村（居）委会意见: _____
负责人签名: _____ (公章) 年 月 日
进德公益项目部资格审核意见: _____
负责人签名: _____ 年 月 日
省四院心外科专家会诊意见: _____
负责人签名: _____ 年 月 日
备注: _____

求援者个人病情及其家庭状况（请详细写，本页不够可以附页）：

求
援
者
背
景
资
料

求援者（或代笔人）签名：_____

年 月 日

注意：●本表一式两份，省四院和进德公益各存一份；●请认真按要求填好此表，不留空白；●填写不真实、材料不全者，概不资助；●只有当你收到资助通知或资助电话时，申请方为批准；●请附上申请人身份证复印件（无身份证者，附申请人户口本该页之复印件）一份；●请附上低保证复印件或县（区）级政府出具的贫困证明一份。