

附件

六安市 2020 年“青少年学生白血病患者 慈善救助活动”申请表

学生姓名		性 别		两寸照片	
出生日期		民 族			
户口所在地					
所在学校					
确诊病种 详细名称					
确诊时间				截止目前报销 后治疗费用	
就诊医院				主治医师	
家庭主要成员 情 况	称谓	姓 名	职 业	联系方式	年收入
家庭情况简介：					
申 请 人（签字）： 年 月 日					
学校意见：			县区慈善协会意见：		
（公章）			（公章）		
年 月 日			年 月 日		

备注：本表一式一份，原件报市慈善基金会，申报单位自行复印留存；随表附：学生身份证或户口簿本人页复印件、最新病情诊断；本表仅供项目申报及必要的慈善信息公开使用，不得用于其他途径，申请人隐私受法律保护。市慈善基金会工作日联系电话：0564-5366399。