编号

**洪泉慈善基金（助医）资助会诊申请表**

**（20 年 月 日）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 职业 |  | 月收入（元） |  |
| 家 庭住 址 |  | 联系电话 |  | 是否低保或重残 |  |
| 银 行卡 号 |  | 持卡人姓名 |  | 开户行 |  |
| 手术(项目)名称 |  | 手术日期 |  | 手术时间是否超3小时 | * 是

□ 否 |
| 会诊医生单位及科室 |  | 会诊医生 |  | 会诊费用 |  |
| 家 庭 主 要 成 员 |
| 姓 名 | 与申请人关系 | 年龄 | 工 作 单 位 及从 事 职 业 | 月收入（元） | 身 体状 况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 村或社区（当地医院）意 见 |  （盖章） 年 月 日 | 居住地民政办意 见 |  （盖章）  年 月 日 |
| 扬州洪泉医院初审意见 | （盖章） 年 月 日 | 洪泉慈善基金会复审意 见 |  （盖章）  年 月 日 |