



## 中国初级卫生保健基金会 “爱普新生—肿瘤电场治疗患者援助项目”领取委托书

委托人：\_\_\_\_\_ 身份证号码：\_\_\_\_\_

被委托人：\_\_\_\_\_ 身份证号码：\_\_\_\_\_

与委托人关系：\_\_\_\_\_

本人因身体原因无法亲自到现场领取援助贴片，特委托\_\_\_\_\_作为我的合法代领人，代为领取肿瘤电场治疗援助贴片。对被委托人在办理领取过程中所签署的有关文件，我均已认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人签字：

被委托人：

签字日期：

备注：原则上要求患者本人领取，如果患者本人由于身体原因无法领取，须由其直系亲属代领，代领人须携带患者本人签字的领取委托书及患者身份证原件、复印件、代领人身份证原件及复印件方可代领。