



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 患者转诊申请表

申请人填写：			
患者姓名		联系电话	
身份证号			
原项目医院		原项目医生	
接诊项目医院		接诊项目医生	
转诊原因			
患者本人签字： 日期：			
原项目医院项目医生填写：			
转诊意见			
原项目医生签字、盖项目章： 日期：			
接诊项目医院项目医生填写：			
接诊意见			
接诊项目医生签字、盖项目章： 日期：			

