中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

造血干细胞移植资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td>申请时间</td><td></td></tr>
<tr><td>联系方式</td><td colspan="3"></td><td>移植费用</td><td></td></tr>
<tr><td>是否获得过资助</td><td colspan="5">是否获得中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病资助：
☐是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年；
☐否。</td></tr>
<tr><td>造血干细胞移植
就诊医院
意见</td><td colspan="5">说明：需注明入仓、出仓时间，须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效。

（医院盖章）

主治医生（签名 ）：
年　月　日</td></tr>
</table>

说明：造血干细胞移植配型报告复印件需与本表一同提交。