



中华慈善总会全可利慈善援助项目

患者直系亲属经济情况表

姓 名		性 别		年 龄	
与患者关系		联系电话		手 机	
工作单位		职 务		邮 编	
单位地址		联系人姓名		电 话	
家庭地址				邮 编	
本人年总收入					(公章)
证明人姓名					
证明人签字					

姓 名		性 别		年 龄	
与患者关系		联系电话		手 机	
工作单位		职 务		邮 编	
单位地址		联系人姓名		电 话	
家庭地址				邮 编	
本人年总收入					(公章)
证明人姓名					
证明人签字					

注：低保患者不用填写此表