授权医生备案表

1．指定医院信息			
所在城市、医院及科室名称			
2．指定医生信息			
姓名			
职务/职称		是否同意授权	□是　　□否
指定医生签字盖章（项目专用章）	签字、盖章：_____　　日期：　年　月　日		
3．授权医生信息			
姓名		性别	年龄
职务/职称		手机号码	
电子邮箱			
固定电话		传真	
授权医生签字	签字：_____　　日期：　年　月　日		

填表说明：

1、本表格仅供项目指定医院和指定医生使用；

2、本表填写后原件由项目办备案，复印件由指定医生保存；

项目联系方式　：电子邮箱：skrcfc@163.com

邮寄地址：北京市 100061- 9 分箱（只接收邮政特快专递 EMS）

中国癌症基金会　赛可瑞患者援助项目办公室

赛可瑞患者援助项目 授权医生备案表