

中国癌症基金会欧狄沃患者援助项目

患者异地转诊申请表

患者姓名：	性别：	年龄：
家庭住址：		
联系电话：	患者编码：	
患者申请	请明确注明转出和转入的就诊医院或指定发药点 签名： 日期：	
转出的指定医师所在医院：		
接诊意见	签字盖章： 日期：	
转出的指定医师所在医院：		
接诊意见	签字盖章： 日期：	
项目办公室审批	项目办公室意见： 办公室主任签字： 签名： 日期：	

* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。

* 入组患者在同一个援助周期内，不接受同城转诊。