

中国初级卫生保健基金会

生命捷力—多发性硬化症患者

转诊申请表

患者姓名		性别		年龄	
身份证号				联系电话	
家庭住址					
患者申请 (转诊原因)	<div>患者本人签字：日期：</div>				
原项目医院				项目医生	
转诊意见	<div>原项目医生签字：日期：</div>				
接诊项目医院				接诊项目医生	
接诊意见	<div>接诊项目医生签字：日期：</div>				