

诺爱患者援助——赞可达患者援助项目 患者直系亲属经济情况登记表

姓名：	性别：	年龄：
与患者关系：	手机号码：	
工作情况： <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 临时工作 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 其他 请注明（ <input type="text"/> ）		
工作单位名称：	工作部门及职务：	
工作单位电话：		
年度个人总收入（包括工资、奖金、补贴等）：		
本单位证明以上填写内容情况属实。		
证明人签字：	公章：	
年 月 日		
本人确认以上所填信息真实有效。		
签字：	日期：	

备注：

1. 患者配偶、父母、及全部成年子女均需填写本页，本页可以复印使用。
2. 个体经营需提供营业执照复印件及近半年纳税证明。
3. 未参加工作、已退休或无固定工作请注明现在情况，由所在地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、社保部门或者民政部门）或退休前工作单位盖章。

中国妇女发展基金会保留（此原件患者需同其他审核资料一起邮寄至项目办）