中国妇女发展基金会
China Women's Development Foundation

患者编号 □□□□□□□

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：□固定工作　□临时工作　□个体经营　□务农　□其他 请注明（　　）

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. 个体经营请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）