



适时把握，加持未来—急性髓系白血病患者援助项目 转诊申请表

申请人填写			
患者姓名		联系电话	
身份证号			
原项目医院		项目医生	
接诊项目医院		项目医生	
转诊原因	患者本人签字： _____ 日期： _____		
接诊项目医生填写			
接诊意见	接诊项目医生签字： _____ 日期： _____		