附表八

中华慈善总会安维汀慈善援助项目

患者转诊申请表

患者姓名：		性别：	年龄：
家庭住址：			
电话：		项目编号：	
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　　签字：　　日期：		
转出的项目医务志愿者所在医院：			
转诊意见	签字盖章：　　日期：		
转入的项目医务志愿者所在医院：			
接诊意见	签字盖章：　　日期：		
项目办公室审批	项目办公室意见： 经办人：　　日期：		
	办公室主任签字：		
通知发药点	转出： 发药点负责人　　患者于　　年　　月　　日 转出你处，接到通知后请停止对该患者发药。		
	转入： 发药点负责人　　患者于　　年　　月　　日 转入你处，接到通知后可开始对该患者发药，发药程序按持续领药规定执行。		

*上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。