

直系亲属信息表

直系亲属信息 (1)	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与申请人的关系：_____	
固定电话：_____ 手机：_____	
以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）	
工作单位：_____ 工作职位：_____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年	
上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入 _____ 元	
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____	
证明人职务（该单位负责人） _____ 证明人联系电话（座机） _____	
年 月 日：	
直系亲属信息 (2)	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与申请人的关系：_____	
固定电话：_____ 手机：_____	
以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）	
工作单位：_____ 工作职位：_____	
工作时间：自 _____ 年至 _____ 年	
上年度总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入 _____ 元	
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____	
证明人职务（该单位负责人） _____ 证明人联系电话（座机） _____	
年 月 日：	

备注：

1、此援助项目为高额慈善患者援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助药品资格，情节严重者将负法律责任

2、此表格如填写不够，可自行复印

*** 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整**



附表二 -2

直系亲属信息表

直系亲属信息 (3)	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与申请人的关系：_____	
固定电话：_____ 手机：_____	
以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）	
工作单位：_____ 工作职位：_____	
工作时间：自_____年至_____年	
上年度总收入_____元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入_____元	
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____	
证明人职务（该单位负责人）_____ 证明人联系电话（座机）_____	
年 月 日：	
直系亲属信息 (4)	
姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 与申请人的关系：_____	
固定电话：_____ 手机：_____	
以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）	
工作单位：_____ 工作职位：_____	
工作时间：自_____年至_____年	
上年度总收入_____元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）	
本年月平均收入_____元	
证明人签字：_____ 证明部门盖章：_____	
证明人职务（该单位负责人）_____ 证明人联系电话（座机）_____	
年 月 日：	

备注：

3、此援助项目为高额慈善患者援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如有不实或隐瞒，将取消援助药品资格，情节严重者将负法律责任

4、此表格如填写不够，可自行复印

* 上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整

