

# 代领委托书

患者姓名： \_\_\_\_\_

身份证号码： \_\_\_\_\_

本人因身体原因无法亲自到现场领取援助药品，情况属实，特委托 \_\_\_\_\_

（身份证号码： \_\_\_\_\_）作为我的合法代领人

代领援助药吉非替尼片（易瑞沙），对委托人在办理领药过程中所签署的相关文

件，我均已认可，并承担相应的法律责任。委托期限：自签字之日起 30 天内或

至上述事项办完为止。

患者签字： \_\_\_\_\_

项目医生签字： \_\_\_\_\_

代领人签字： \_\_\_\_\_

项目医生盖章： \_\_\_\_\_

与代领人关系： \_\_\_\_\_

签字日期： \_\_\_\_\_

## 注意事项：

- 1.本材料有效期 30 天，仅用于生命奇迹—肺癌靶向治疗共付专项援助项目援助药品的领取。
- 2.代领人必须携带相关领药材料和患者本人身份证原件及复印件正反面、代领人身份证原件及复印件正反面才能代领援助药吉非替尼片（易瑞沙）。