附件 1

|  |
| --- |
| **山西省华晋骨科公益基金会贫困、伤残患者资助申请表** |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 电话 |  | 家庭户口 | A. 城市 B. 农村 |
| 家庭人口总数 |  | 家庭月总收入 |  |
| 低保/贫困 |  | 本次项目预算 |  |
| 家庭地址 |  |
| 申请理由 |  患者签字：  时 间： |
|
| 主管单位意见 | 好几个  负责人签字及联系方式： 单位名称（公章）： 时 间： 单位名称（公章）： 时 间： |
| 基金会审批意见 | 负责人签字： 负责人签字： 基金会公章： 时 间： |