附件：

申请书

|  |  |
| --- | --- |
| 我院承诺所提供资料真实性，如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权追回全部捐助物资，并追究相关法律责任。 | |
| 申请医院 |  |
| 手术科室 |  |
| 负责医生 |  |
| 申请说明：  负责医生：  联系人：  联系电话及地址：  日期：  （申请医院公章） | |