



中华慈善总会多吉美患者援助项目 变更发药点申请表

患者姓名		联系电话	
身份证号码			
申请理由			
原发药点名称		新发药点名称	
患者签字		填表日期	

填表说明：

- 1、此表格不得空缺。
- 2、患者也可以通过“中慈助医”手机APP直接发起变更发药点申请。
- 3、变更发药点申请通过后才可以至新发药点领取援助药品，请患者将领药卡交至新发药点并携带近期一寸照片1张换取新的领药卡。
- 4、申请表请通过中国邮政EMS邮寄至北京市100034信箱22分箱，中华慈善总会多吉美项目办公室。
- 5、若变更发药点申请未通过的，项目办将电话通知患者，若申请通过项目办会通过短信及APP消息通知患者。
- 6、如有疑问请致电项目热线：400-864-2150。