



# 中华慈善总会多吉美患者援助项目 变更注册医生申请表

患者姓名		联系电话	
身份证号码			
申请理由			
原注册医生 所在医院		新注册医生 所在医院	
原注册医生 签字并盖章		新注册医生 签字并盖章	
患者签字		填表日期	

填表说明：

- 1、此表格不得空缺。
- 2、变更注册医生申请通过后才可以至新注册医生处进行随访。
- 3、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。
- 4、若变更注册医生申请未通过的，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。
- 5、如有疑问请致电项目热线：400-864-2150。