



中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 患者变更发药点或注册医生申请表

(2017年6月版)

患者姓名		唯一号码	
邮寄地址及 联系电话			
申请内容	<input type="checkbox"/> 变更发药点 <input type="checkbox"/> 变更注册医生		
申请理由			
原发药点		新发药点	
原所在医院		新所在医院	
原注册医生评估 患者服用易瑞沙 是否有效	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	新注册医生是否 同意接收该患者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
原注册医生 签字盖章		新注册医生 签字盖章	
患者签字		填表时间	

填表说明：1、各城市医院及注册医生名单，患者可致电项目热线 4006288080 查询，以便选择新注册医生。

2、准备变更发药点或注册医生的患者，需要填写本表并邮寄到易瑞沙项目办公室进行审批，变更申请每月只能进行一次。

3、办理变更发药点、注册医生手续的时间约为 1 个月，为避免耽误患者下次领药，建议您在当月领完药后尽快通过中国邮政 EMS 邮寄此申请表至易瑞沙项目办指定信箱：**北京市 100034 信箱 29 分箱，收件人：易瑞沙项目。**

4、变更发药点、注册医生申请未被批准的，易瑞沙项目办将电话通知患者。