|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 身份证号 |  | 申请时间 |  |
| 联系方式 |  | | | 费用预算 |  |
| 是否获得过资助 | 是否获得“小天使基金”资助：  □是，获得资助金额 万元，获得资助时间: 年；  □否。 | | | | |
| 造血干细胞移植  就诊医院  意见 | 说明：需注明入仓、出仓时间。  主治医生（签名 ）：  （医院盖章） 年 月 日 | | | | |
| 省级红十字会  审批意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | |

## 中国红基会小天使基金造血干细胞移植资助申请表

**说明：《造血干细胞配型报告》复印件需与本表一同提交。**