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） |