**脐带血造血干细胞援助申请———医生意见书**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | | 性别 |  | 民族 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  | | | |
| 监护人姓名 |  | | 联系电话 | |  | |
| 所患疾病 |  | | 就诊医院 | |  | |
| 脐血编号 |  | |  | |  | |
| 医生治疗建议 | 医生签字：  联系方式：  年 月 日 | | | | | |