**北京天使妈妈慈善基金会脐带血患者援助项目**

**受益对象确认书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 脐带血患者援助项目 | | | | | | |
| 受益人姓名 |  | | 身份证号 | | |  | |
| 性 别 |  | | 联系方式 | | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 所患疾病 |  | | | 治疗医院 | |  | |
| 援助物资名称 | 脐带血 | 数量（份） | | |  | 价值（元） |  |
| 受益人签字 |  | | | 签字日期 | |  | |
|  | | | | | | | |