



# 中华慈善总会 捷恪卫 患者援助项目

## 领取援助药品收条

今收到中华慈善总会援助药品捷恪卫（磷酸芦可替尼片）\_\_\_\_\_片（5mg/片\*60片/盒）

交回援助药品捷恪卫（磷酸芦可替尼片）空包装盒\_\_\_\_\_个，空铝塑板\_\_\_\_\_个  
（包装规格：10片/板，6板/盒）

领药人（患者签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

领药人（代领人签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

发药人（发药员签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

备注：\_\_\_\_\_

注：以上内容请按实际领药情况填写，不得涂改。

第一联 中华慈善总会留存



中华慈善总会泰瑞沙慈善援助项目  
领药收条

患者\_\_\_\_\_今领到中华慈善总会援助药品泰瑞沙\_\_\_\_\_片(0.08g/片),

交回该药品空包装盒\_\_\_\_\_个,空铝塑板\_\_\_\_\_个。

患者唯一号: \_\_\_\_\_领药人签字: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

发药城市: \_\_\_\_\_发药员签名: \_\_\_\_\_(\_\_\_\_年\_\_月\_\_日)

备注:



# 中华慈善总会易瑞沙慈善援助项目 领药收条

患者 \_\_\_\_\_ 今领到中华慈善总会援助药品**易瑞沙** \_\_\_\_\_ 片 (0.25g/片),

交回该药品空包装盒 \_\_\_\_\_ 个, 空铝塑板 \_\_\_\_\_ 个。

患者档案号: \_\_\_\_\_ 领药人签字: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

发药点: \_\_\_\_\_ 发药员签名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

备注: \_\_\_\_\_

第一联 中华慈善总会留存



# 中华慈善总会 维全特 患者援助项目

## 领取援助药品收条

今收到中华慈善总会援助药品维全特（培唑帕尼片）\_\_\_\_\_片（200mg/片\*30片/瓶）

交回援助药品维全特（培唑帕尼片）空包装盒\_\_\_\_\_个，空药瓶\_\_\_\_\_个  
（包装规格：30片/瓶）

领药人（患者签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

领药人（代领人签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

发药人（发药员签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日）

备注：\_\_\_\_\_

注：以上内容请按实际领药情况填写，不得涂改。

第一联 中华慈善总会留存



# 中华慈善总会 多吉美 患者援助项目 专用收条

患者 \_\_\_\_\_ 今日领取多吉美援助药品 \_\_\_\_\_ 盒。

交回多吉美药品空包装盒 \_\_\_\_\_ 个，空铝塑板 \_\_\_\_\_ 个。

患者本人签字并按手印 \_\_\_\_\_ 代领人签字并按手印 \_\_\_\_\_

发药员签字： \_\_\_\_\_

领药日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

备注：

中华慈善总会留存



# 中华慈善总会 达希纳 患者援助项目 领取援助药品收条

今收到中华慈善总会援助药品达希纳（尼洛替尼）\_\_\_\_\_粒

200毫克/粒\*120粒/盒

150毫克/粒\*120粒/盒

交回援助药品达希纳（尼洛替尼）空包装盒\_\_\_小盒\_\_\_大盒及铝塑板\_\_\_个  
(包装规格：5板/小盒，3小盒/大盒)

收药人（患者签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日）

收药人（代领人签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日）

发药人（发药员签字）：\_\_\_\_\_（发药日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日）

备注：\_\_\_\_\_

注：以上内容请按实际领药情况填写，不得涂改。

第一联 中华慈善总会留存



## 中华慈善总会 格列卫 患者援助项目 领取援助药品收条

今收到中华慈善总会援助药品格列卫（甲磺酸伊马替尼）\_\_\_\_\_片（100毫克/片\*60片/盒）

交回援助药品格列卫（甲磺酸伊马替尼）空包装盒\_\_\_\_\_个，空铝塑板\_\_\_\_\_个  
（包装规格：10片/板，6板/盒）

收药人（患者签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日）

收药人（代领人签字）：\_\_\_\_\_（签收日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日）

发药人（发药员签字）：\_\_\_\_\_（发药日期：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日）

备注：\_\_\_\_\_

注：以上内容请按实际领药情况填写，不得涂改。