附件2

**中国移动爱“心”行动—辽宁省贫困先心病儿童救助计划资助汇总表**

填报单位： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 患病类型 | 家庭住址 | 陪护人员姓名 | 与患儿关系 | 身份证号码 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：各市慈善会填写。

填表人： 审批人：