

附件 6

2023-2024 丙肝患者特困援助药品 申请单

本人_____向中国预防性病艾滋病基金会和雨欣（海南）医疗科技有限公司申请丙肝援助药品 1 盒盐酸可洛派韦胶囊和 1 盒索磷布韦片，本人接受药品信息如下：

- 1、申请人（签字并按手印）：
- 2、接受药品地址：
- 3、联系电话：
- 4、身份证号：
- 5、填写日期： 年 月 日