

生命礼赞-法布雷病患者援助项目

援助药品领取单

患者姓名：	患者编号：
身份证号：	
项目医院：	
项目药店：	
援助药品：注射用阿加糖酶 β （法布赞®） 援助药品数量 5 mg _____ 支，药品批号_____ 援助药品数量 35 mg _____ 支，药品批号_____	

患者确认收到的援助药品在有效期内且药品密封无破损。

项目药师签字：

日 期：

患者（法定监护人）签字：

日 期：