

美而绽放——庞贝病患者援助项目
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：注射用阿糖苷酶 α 援助药品数量 _____ 瓶 _____ 剂量	
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： _____

患者签字： _____

日 期： _____