

中国社会福利基金会 919 大病救助工程 项目资助材料目录

序号	材料内容	份数	页码	详情	提交 请打钩
1	资助协议书	4	2-9	受助人或其亲属亲笔签字并按手印（ 项目名称不写 ）	
2	申请须知※	1	10	需要签字，按手印。	
3	资助对象信息登记表	1	11	需患者本人或直系亲属签字。	
4	受益对象确认书	4	12-16	需亲笔签字确认并按手印。 资助金额和收款医院可以先不填写，有确定的医院账户信息可以填写。	
5	转捐声明	1	17	转捐声明是患者不再接受治疗，剩下的善款我们才会转捐给别的患者，我们不会未经过您的同意擅自把善款进行转捐。但是转捐声明是我们拨款流程需要具备的文件之一， 需要一起邮寄。	
6	收入证明 (1年内)	1	18	1、如患者家庭为低保家庭，则提供低保证复印件。 2、如果患者家庭不是低保家庭，那需要到村委会/居委会开收入证明(第18页为模板)，证实家中贫困，需要盖章!! 以上两种形式二选一即可。	
7	患者诊断证明原件(1年内)	1	用订书器装订在一起	我们需要 诊断证明原件 ，或者 复印件再到医院去盖医院公章 ，或者 出院证明原件盖章 。	
8	患者身份证	1		也可以提供出生证明复印件	
9	患者户口本或出生证明	1			
10	经办人身份证	1		如果患者没有能力填写文件，由经办人来填写，所以需要经办人的身份证件和与患者的关系证明。如果文件是患者自己本人填写的，则无需提交这三项。	
11	经办人户口本	1			
12	关系证明	1			
13, 发票承诺函需签写，无论将善款拨付医院还是个人都需要邮寄给基金会半年内的 发票原件进行核销 ，					

注：以上资料无法提交完整的，或其他特殊情况，提供相关书面说明材料，由中国社会福利基金会919大病救助工程项目组审核。

所有资料请直接邮寄至：

北京市西城区广莲路1号建工大厦14层 陆老师收

联系电话010-85114150-676

中国社会福利基金会 919 大病救助工程 资 助 协 议 书

甲 方：中国社会福利基金会

乙 方：_____（未成年人由监护人签名）

为宣传公益理念，凝聚社会爱心力量，关注大病困境群体的福祉，甲、乙双方依据国家有关法律法规和《中国社会福利基金会章程》及其实施办法，就乙方接受甲方资助事宜达成以下协议：

一、协议事项

为帮助乙方解决_____（患者名字）_____（项目名称）

医疗费用问题，甲、乙双方经协商一致决定：乙方自愿提供相关资料给甲方审核评估并确认无误，甲方按照甲乙双方核定金额为乙方分批次拨付医疗补助款，总募款金额以网络募捐平台实际募捐金额为准。

二、甲方的权利和义务

1、甲方对乙方因患_____（疾病名称）所需合理费用提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转到乙方_____医院账户，乙方向甲方申请用款时需向甲方提供患者当时所在医院的账户信息（开户行、户名、账户、患者住院号等）。

注：资助款（含所有捐款）原则上只能用于医疗救助，直接拨款至乙方所在医院账户。若乙方因需要门诊治疗或自购药品无需住院治疗等情况及乙方因患病所导致家庭极度贫困，经甲对乙方提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转至乙方银行账户（开户行、户名、账号）。

定向用于第一条乙方所陈述事由，任何人和单位不得擅自挪用，违者将根据《中华人民共和国公益事业捐赠法》追究相关法律责任。

2、甲方享有就乙方接收的捐助款的使用过程及其结果进行查询和监督的权利。

3、如乙方接受捐助的原因消失，甲方有权终止捐助。

4、如乙方违反约定，没有履行协议约定的义务，不按约定用途使用捐助款，甲方可撤销捐助，停止支付捐助款项，并保留部分或全部收回捐助款及追究相关法律责任的权利。

三、乙方的权利和义务

1、乙方所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应立即通知项目组，因通讯方式无效造成患者不能及时治疗的后果，由家长承担。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，甲方将追索其所获得的全部资助，情节严重者将依法追究法律责任。

2、乙方应当履行如实告知义务，不得刻意隐瞒、虚构、捏造事实。因乙方不履行如实告知义务对第三人构成侵权，甲方不承担任何责任并有权终止捐助、收回已支付的捐助款项。

3、乙方必须保证甲方所付捐助款全部用于第一条所述患者及项目的医疗费用问题，如果确需改变捐助款用途的，应当征得甲方的书面同意。甲方就捐助款的使用进行查询、监督，乙方应当给予积极配合，并应及时给予客观全面的说明。

4、患者治疗方案的认定及治疗风险和后果由患者监护人自行承担。如出现医疗事故，患者监护人自行和医院协商解决。

5、善款到账后，乙方需要通过电话、短信等方式反馈到账信息。

6、乙方需定期或一次性提交、反馈善款的使用效果。

四、其他事项

1、协议自双方签字或盖章后生效。

2、本协议未尽事宜，双方可另行签订补充协议，补充协议经甲乙双方签章后与本协议书具有同等效力。

3、双方在合作中发生纠纷，应尽可能协商解决，如协商解决不成，任何一方均可向甲方所在地的人民法院提起诉讼。

4、本协议一式肆份，甲方执叁份、乙方执一份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

乙方：

（签字并按手印）

甲方代表：

地址：

电话：

电话：

签订时间：

签订时间：

中国社会福利基金会 919 大病救助工程 资 助 协 议 书

甲 方：中国社会福利基金会

乙 方：_____（未成年人由监护人签名）

为宣传公益理念，凝聚社会爱心力量，关注大病困境群体的福祉，甲、乙双方依据国家有关法律法规和《中国社会福利基金会章程》及其实施办法，就乙方接受甲方资助事宜达成以下协议：

一、协议事项

为帮助乙方解决_____（患者名字）_____（项目名称）

医疗费用问题，甲、乙双方经协商一致决定：乙方自愿提供相关资料给甲方审核评估并确认无误，甲方按照甲乙双方核定金额为乙方分批次拨付医疗补助款，总募款金额以网络募捐平台实际募捐金额为准。

二、甲方的权利和义务

1、甲方对乙方因患_____（疾病名称）所需合理费用提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转到乙方_____医院账户，乙方向甲方申请用款时需向甲方提供患者当时所在医院的账户信息（开户行、户名、账户、患者住院号等）。

注：资助款（含所有捐款）原则上只能用于医疗救助，直接拨款至乙方所在医院账户。若乙方因需要门诊治疗或自购药品无需住院治疗等情况及乙方因患病所导致家庭极度贫困，经甲对乙方提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转至乙方银行账户（开户行、户名、账号）。

定向用于第一条乙方所陈述事由，任何人和单位不得擅自挪用，违者将根据《中华人民共和国公益事业捐赠法》追究相关法律责任。

2、甲方享有就乙方接收的捐助款的使用过程及其结果进行查询和监督的权利。

3、如乙方接受捐助的原因消失，甲方有权终止捐助。

4、如乙方违反约定，没有履行协议约定的义务，不按约定用途使用捐助款，甲方可撤销捐助，停止支付捐助款项，并保留部分或全部收回捐助款及追究相关法律责任的权利。

三、乙方的权利和义务

1、乙方所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应立即通知项目组，因通讯方式无效造成患者不能及时治疗的后果，由家长承担。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，甲方将追索其所获得的全部资助，情节严重者将依法追究法律责任。

2、乙方应当履行如实告知义务，不得刻意隐瞒、虚构、捏造事实。因乙方不履行如实告知义务对第三人构成侵权，甲方不承担任何责任并有权终止捐助、收回已支付的捐助款项。

3、乙方必须保证甲方所付捐助款全部用于第一条所述患者及项目的医疗费用问题，如果确需改变捐助款用途的，应当征得甲方的书面同意。甲方就捐助款的使用进行查询、监督，乙方应当给予积极配合，并应及时给予客观全面的说明。

4、患者治疗方案的认定及治疗风险和后果由患者监护人自行承担。如出现医疗事故，患者监护人自行和医院协商解决。

5、善款到账后，乙方需要通过电话、短信等方式反馈到账信息。

6、乙方需定期或一次性提交、反馈善款的使用效果。

四、其他事项

1、协议自双方签字或盖章后生效。

2、本协议未尽事宜，双方可另行签订补充协议，补充协议经甲乙双方签章后与本协议书具有同等效力。

3、双方在合作中发生纠纷，应尽可能协商解决，如协商解决不成，任何一方均可向甲方所在地的人民法院提起诉讼。

4、本协议一式肆份，甲方执叁份、乙方执一份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

乙方：

（签字并按手印）

甲方代表：

地址：

电话：

电话：

签订时间：

签订时间：

中国社会福利基金会 919 大病救助工程 资 助 协 议 书

甲 方：中国社会福利基金会

乙 方：_____（未成年人由监护人签名）

为宣传公益理念，凝聚社会爱心力量，关注大病困境群体的福祉，甲、乙双方依据国家有关法律法规和《中国社会福利基金会章程》及其实施办法，就乙方接受甲方资助事宜达成以下协议：

一、协议事项

为帮助乙方解决_____（患者名字）_____（项目名称）

医疗费用问题，甲、乙双方经协商一致决定：乙方自愿提供相关资料给甲方审核评估并确认无误，甲方按照甲乙双方核定金额为乙方分批次拨付医疗补助款，总募款金额以网络募捐平台实际募捐金额为准。

二、甲方的权利和义务

1、甲方对乙方因患_____（疾病名称）所需合理费用提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转到乙方_____医院账户，乙方向甲方申请用款时需向甲方提供患者当时所在医院的账户信息（开户行、户名、账户、患者住院号等）。

注：资助款（含所有捐款）原则上只能用于医疗救助，直接拨款至乙方所在医院账户。若乙方因需要门诊治疗或自购药品无需住院治疗等情况及乙方因患病所导致家庭极度贫困，经甲对乙方提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转至乙方银行账户（开户行、户名、账号）。

定向用于第一条乙方所陈述事由，任何人和单位不得擅自挪用，违者将根据《中华人民共和国公益事业捐赠法》追究相关法律责任。

2、甲方享有就乙方接收的捐助款的使用过程及其结果进行查询和监督的权利。

3、如乙方接受捐助的原因消失，甲方有权终止捐助。

4、如乙方违反约定，没有履行协议约定的义务，不按约定用途使用捐助款，甲方可撤销捐助，停止支付捐助款项，并保留部分或全部收回捐助款及追究相关法律责任的权利。

三、乙方的权利和义务

1、乙方所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应立即通知项目组，因通讯方式无效造成患者不能及时治疗的后果，由家长承担。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，甲方将追索其所获得的全部资助，情节严重者将依法追究法律责任。

2、乙方应当履行如实告知义务，不得刻意隐瞒、虚构、捏造事实。因乙方不履行如实告知义务对第三人构成侵权，甲方不承担任何责任并有权终止捐助、收回已支付的捐助款项。

3、乙方必须保证甲方所付捐助款全部用于第一条所述患者及项目的医疗费用问题，如果确需改变捐助款用途的，应当征得甲方的书面同意。甲方就捐助款的使用进行查询、监督，乙方应当给予积极配合，并应及时给予客观全面的说明。

4、患者治疗方案的认定及治疗风险和后果由患者监护人自行承担。如出现医疗事故，患者监护人自行和医院协商解决。

5、善款到账后，乙方需要通过电话、短信等方式反馈到账信息。

6、乙方需定期或一次性提交、反馈善款的使用效果。

四、其他事项

1、协议自双方签字或盖章后生效。

2、本协议未尽事宜，双方可另行签订补充协议，补充协议经甲乙双方签章后与本协议书具有同等效力。

3、双方在合作中发生纠纷，应尽可能协商解决，如协商解决不成，任何一方均可向甲方所在地的人民法院提起诉讼。

4、本协议一式肆份，甲方执叁份、乙方执一份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

乙方：

（签字并按手印）

甲方代表：

地址：

电话：

电话：

签订时间：

签订时间：

中国社会福利基金会 919 大病救助工程 资 助 协 议 书

甲 方：中国社会福利基金会

乙 方：_____（未成年人由监护人签名）

为宣传公益理念，凝聚社会爱心力量，关注大病困境群体的福祉，甲、乙双方依据国家有关法律法规和《中国社会福利基金会章程》及其实施办法，就乙方接受甲方资助事宜达成以下协议：

一、协议事项

为帮助乙方解决_____（患者名字）_____（项目名称）

医疗费用问题，甲、乙双方经协商一致决定：乙方自愿提供相关资料给甲方审核评估并确认无误，甲方按照甲乙双方核定金额为乙方分批次拨付医疗补助款，总募款金额以网络募捐平台实际募捐金额为准。

二、甲方的权利和义务

1、甲方对乙方因患_____（疾病名称）所需合理费用提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转到乙方_____医院账户，乙方向甲方申请用款时需向甲方提供患者当时所在医院的账户信息（开户行、户名、账户、患者住院号等）。

注：资助款（含所有捐款）原则上只能用于医疗救助，直接拨款至乙方所在医院账户。若乙方因需要门诊治疗或自购药品无需住院治疗等情况及乙方因患病所导致家庭极度贫困，经甲对乙方提供的相关资料进行审查核实后，将所需要合理费用转至乙方银行账户（开户行、户名、账号）。

定向用于第一条乙方所陈述事由，任何人和单位不得擅自挪用，违者将根据《中华人民共和国公益事业捐赠法》追究相关法律责任。

2、甲方享有就乙方接收的捐助款的使用过程及其结果进行查询和监督的权利。

3、如乙方接受捐助的原因消失，甲方有权终止捐助。

4、如乙方违反约定，没有履行协议约定的义务，不按约定用途使用捐助款，甲方可撤销捐助，停止支付捐助款项，并保留部分或全部收回捐助款及追究相关法律责任的权利。

三、乙方的权利和义务

1、乙方所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应立即通知项目组，因通讯方式无效造成患者不能及时治疗的后果，由家长承担。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，甲方将追索其所获得的全部资助，情节严重者将依法追究法律责任。

2、乙方应当履行如实告知义务，不得刻意隐瞒、虚构、捏造事实。因乙方不履行如实告知义务对第三人构成侵权，甲方不承担任何责任并有权终止捐助、收回已支付的捐助款项。

3、乙方必须保证甲方所付捐助款全部用于第一条所述患者及项目的医疗费用问题，如果确需改变捐助款用途的，应当征得甲方的书面同意。甲方就捐助款的使用进行查询、监督，乙方应当给予积极配合，并应及时给予客观全面的说明。

4、患者治疗方案的认定及治疗风险和后果由患者监护人自行承担。如出现医疗事故，患者监护人自行和医院协商解决。

5、善款到账后，乙方需要通过电话、短信等方式反馈到账信息。

6、乙方需定期或一次性提交、反馈善款的使用效果。

四、其他事项

1、协议自双方签字或盖章后生效。

2、本协议未尽事宜，双方可另行签订补充协议，补充协议经甲乙双方签章后与本协议书具有同等效力。

3、双方在合作中发生纠纷，应尽可能协商解决，如协商解决不成，任何一方均可向甲方所在地的人民法院提起诉讼。

4、本协议一式肆份，甲方执叁份、乙方执一份，具有同等法律效力。

甲方（盖章）：

乙方：

（签字并按手印）

甲方代表：

地址：

电话：

电话：

签订时间：

签订时间：

中国社会福利基金会 919 大病救助工程申请须知

1. 919 大病救助工程相关申请材料由中国社会福利基金会制定，最终解释权归中国社会福利基金会所有。

2. 919 大病救助工程相关申请材料由项目方或受助方负责填报。

3. 对 919 大病救助工程相关申请材料中出现的虚假、伪造和隐瞒行为，处于募款期的，将取消其募款资格；对于已拨款救助的，将追索其全部资助；情节严重者，将追究其相应的法律责任（所得所有赔付将用于救助其他求助患者）。

4. 提交 919 大病救助工程相关申请材料不代表已通过审核获得资助筹款资格，申请材料的审核认领工作由中国社会福利基金会 919 大病救助工程项目组负责。

5. 919 大病救助工程对提交的筹款项目的最终筹款额不做任何承诺。

6. 筹款项目开始募集资金后，发起方和受助方必须配合筹款宣传。

7. 所有 919 大病救助工程的项目筹款，将严格根据项目性质进行与之对应的拨款流程处理。

8. 919 大病救助工程旨在为筹款项目搭建公募平台，不对受助方进行直接资助、提供治疗方案和治疗机构的选择。

9. 受助人及家庭需支持与配合 919 大病救助工程用于公益目的的宣传和采访活动并同意使用相关图片、影像等素材。筹款项目执行过程中，919 大病救助工程项目组会在包括但不限于网络媒体公示患者的姓名、照片、家庭情况等信息，以供社会监督，提交 919 大病救助工程相关申请材料即表示申请人同意对上述信息进行公示。

10. 申请人作为筹款项目的发起方，有责任和义务监督资助款全部用于患者的康复治疗，不得发生获得资助款后放弃治疗或针对资助款的私自挪用、盗用、骗用等行为。如若发生，919 大病救助工程项目组不承担任何法律责任。

11. 如受助方在善款期间由于疾病或其他原因死亡，善款应用于与该受助方同类型疾病的其他受助方或用于大病救助服务的其他受助人。

12. 得到资助款的受助方有责任和义务向 919 大病救助工程项目组提供必需的反馈材料。

13. 919 大病救助工程不向发起方及受助方收取任何申请费用。未尽事宜由 919 大病救助工程项目组负责解释。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意全部条款及相关申报规定。

患者或监护人（签字并按手印）：

电话：

日期：

中国社会福利基金会 919 大病救助工程
资助对象信息登记表（详细版）

受助者姓名		身份证号			
性 别		年 龄		民 族	
入院诊断				治疗方式	
治疗医院				医保种类	
户籍地址	(省级)		(县级)		
直系亲属姓名		身份证号		与患者关系	
患者通讯地址					
患者/直系亲属联系电话	1、		2、		3、
家庭上年度收入总计			接受过其他资助情况		
家庭主要财产和债务情况	收入主要来源		房产（房屋种类）		
	其它项目收入		家电（具体数量）		
	债务情况		交通工具（种类及数量）		

我声明以上所填写内容真实。患者/直系亲属签名：_____

中国社会福利基金会
受益对象确认书

项目执行单位	中国社会福利基金会		
专项基金名称	919 大病救助工程		
受益人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	银行转账		
资助金额			
收款医院			
住院号（病历编号）			

受益对象签字： 日期： 年 月 日

医院对公账户信息：（若不确定可以先不写）

开户名： _____

账号： _____

开户行（具体到支行）： _____

填写说明：

- 1、必须使用黑色签字笔填写；
- 2、受益对象签字并按手印
- 3、资助金额不得涂改，不确定金额可先不填；
- 4、请准确填写患者住院科室、住院号或所治疗医院病历编号。

中国社会福利基金会
受益对象确认书

项目执行单位	中国社会福利基金会		
专项基金名称	919 大病救助工程		
受益人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	银行转账		
资助金额			
收款医院			
住院号（病历编号）			

受益对象签字： 日期： 年 月 日

医院对公账户信息：（若不确定可以先不写）

开户名： _____

账号： _____

开户行（具体到支行）： _____

填写说明：

- 1、必须使用黑色签字笔填写；
- 2、受益对象签字并按手印
- 3、资助金额不得涂改，不确定金额可先不填；
- 4、请准确填写患者住院科室、住院号或所治疗医院病历编号。

中国社会福利基金会
受益对象确认书

项目执行单位	中国社会福利基金会		
专项基金名称	919 大病救助工程		
受益人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	银行转账		
资助金额			
收款医院			
住院号（病历编号）			

受益对象签字： 日期： 年 月 日

医院对公账户信息：（若不确定可以先不写）

开户名： _____

账号： _____

开户行（具体到支行）： _____

填写说明：

- 1、必须使用黑色签字笔填写；
- 2、受益对象签字并按手印
- 3、资助金额不得涂改，不确定金额可先不填；
- 4、请准确填写患者住院科室、住院号或所治疗医院病历编号。

中国社会福利基金会
受益对象确认书

项目执行单位	中国社会福利基金会		
专项基金名称	919 大病救助工程		
受益人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	银行转账		
资助金额			
收款医院			
住院号（病历编号）			

受益对象签字： 日期： 年 月 日

医院对公账户信息：（若不确定可以先不写）

开户名： _____

账号： _____

开户行（具体到支行）： _____

填写说明：

- 1、必须使用黑色签字笔填写；
- 2、受益对象签字并按手印
- 3、资助金额不得涂改，不确定金额可先不填；
- 4、请准确填写患者住院科室、住院号或所治疗医院病历编号。

中国社会福利基金会
受益对象确认书

项目执行单位	中国社会福利基金会		
专项基金名称	919 大病救助工程		
受益人姓名		身份证号码	
性别		联系方式	
家庭住址			
受助方式	银行转账		
资助金额			
收款医院			
住院号（病历编号）			

受益对象签字： 日期： 年 月 日

医院对公账户信息：（若不确定可以先不写）

开户名： _____

账号： _____

开户行（具体到支行）： _____

填写说明：

- 1、必须使用黑色签字笔填写；
- 2、受益对象签字并按手印
- 3、资助金额不得涂改，不确定金额可先不填；
- 4、请准确填写患者住院科室、住院号或所治疗医院病历编号。

善款转捐声明

本人(家长姓名)_____ (家长身份证号: _____),
本人为(患者姓名)_____ 监护人, 感谢广大爱心人士对患者的
关心和帮助。患者通过 919 大病救助工程得到社会的帮助, 现本人声
明: 待患者治疗结束, 后续无需进行治疗时, 本人同意将患者在中国
社会福利基金会 919 大病救助工程平台所募集剩余善款全部转捐给
中国社会福利基金会 919 大病救助工程拨款, 用于救助其他患者使
用。

患者或监护人 (签字并按手印):

电话:

日期: 年 月 日

收 入 证 明

兹证明_____为_____县_____村居民，家庭基本情况如下：

一、家庭人口共__人，家庭成员组成：_____，
家庭年收入约_____元。

二、家庭的主要收入来源：_____。

三、目前家庭主要困难：因家庭成员_____患有_____病，
家庭现经济收入不能承担医疗费用。

确属贫困家庭，特此证明

村委会（乡镇政府）盖章

（必填）经办人签字：

（必填）联系电话：

年 月 日

承诺书

患者_____由中国社会福利基金会进行（以下简称：我会）救助，按我会要求，无论将善款拨付至医院对公账户还是患者个人账户，都需要提供合格的医疗票据原件邮寄至我会。如果患者仍在院治疗或因其他特殊原因，暂时无法提供医疗票据原件，可提出申请，先拨付项目部分善款用于患者近期治疗，后续将票据原件邮寄至我会。

患者_____及监护人_____承诺：待医院为患者办理结算票据后，将会按照基金会规定要求将相关票据原件寄出。

患者_____及监护人_____将遵循下列规定：

1. 若我会拨付善款至医院账户有剩余，请告知医院将剩余善款原路退回至我会对公账户。
2. 在此期间产生的一切法律责任及风险由患者及监护人承担。

若违反上述规定，我会将追索通过中国社会福利基金会资助的全部善款，情节严重者将依法追究法律责任。

患者或监护人签字并按手印：

（可由监护人代签**患者姓名**并按手印）

日期：