申请人姓名		身份证号		申请时间	
联系方式				费用预算	
是否获得过资助	是否获得“小天使基金”资助： ☐是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年； ☐否。				
造血干细胞移植就诊医院意见	说明：需注明入仓、出仓时间。 主治医生（签名 ）： （医院盖章）　年　月　日				
省级红十字会审批意见	（盖章）　年　月　日				

中国红基会小天使基金造血干细胞移植资助申请表

说明：《造血干细胞配型报告》复印件需与本表一同提交。