

## 脊活新生——脊髓性肌萎缩症 SMA 患者援助项目 药盒回收确认单

样表 2

患者填写	
患者姓名	
患者身份证号	
联系方式	
药师填写	
项目药店名称	
是否交回空药盒	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

**注：**

空药盒作为申请项目条件之一，每一位患者必须提交空药盒至药店，由药店统一回收。本材料经项目药师签字并盖章后由患者随申请材料快递至项目办公室。

患者签字：

项目药师签字并盖章：

日期：