“蜗牛宝宝重拾行走”脑瘫患儿援助公益项目患者报名登记表

填报单位： 联系人及电话： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号 | 监护人姓名 | 联系电话 | 家庭详细住址 | 曾经是 否手术 （是/否） | 是否愿意接受 此次义诊手术 治疗（是/否） | 是否参与  12 月 28  日集中筛  查 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |