附件

救 治 登 记 表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 家庭地址 |  |
| 性别 |  |
| 救助地点 |  | 救助时间 |  | 护送单位 |  |
| 救治护送情况摘要护送单位填写 | 护送经办人（签字）：联系电话：  |
| 定点医院意见 | 经办人（签字）： （医院专用章） 联系电话： |
| 救助站审核意见 | 经办人（签字）： （救助站专用章） 联系电话： |
| 备注 |  |