

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

亲属收入证明表

姓名		性别	
年龄		亲属关系	
身份证号			
手机号码		座机号码	
工作单位名称			
工作单位地址			
工作部门职务		工作时间	至
上年度总收入			
证明人职务		证明人签字	
工作单位电话		工作单位盖章	
证明日期			

注：上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

亲属收入证明表

姓名		性别	
年龄		亲属关系	
身份证号			
手机号码		座机号码	
工作单位名称			
工作单位地址			
工作部门职务		工作时间	至
上年度总收入			
证明人职务		证明人签字	
工作单位电话		工作单位盖章	
证明日期			

注：上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

亲属收入证明表

姓名		性别	
年龄		亲属关系	
身份证号			
手机号码		座机号码	
工作单位名称			
工作单位地址			
工作部门职务		工作时间	至
上年度总收入			
证明人职务		证明人签字	
工作单位电话		工作单位盖章	
证明日期			

注：上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

亲属收入证明表

姓名		性别	
年龄		亲属关系	
身份证号			
手机号码		座机号码	
工作单位名称			
工作单位地址			
工作部门职务		工作时间	至
上年度总收入			
证明人职务		证明人签字	
工作单位电话		工作单位盖章	
证明日期			

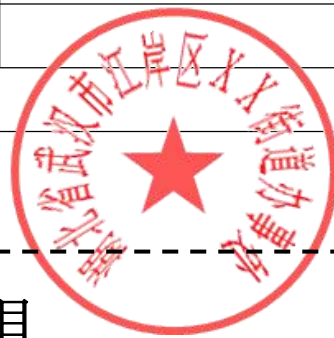
注：上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。

中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

亲属收入证明表

姓名	李四				性别	男										
年龄	54				亲属关系	配偶										
身份证号	4	2	0	1	0	2	1	9	X	X	X	X	X	X	X	X
手机号码	135XXXXXXXX				座机号码	027-XXXXXXXX										
工作单位名称	务农															
工作单位地址	无															
工作部门职务	无				工作时间	无 至 无										
上年度总收入	XXX, XX 元															
证明人职务	书记				证明人签字	刘七										
工作单位电话	027-XXXXXXXX				工作单位盖章											
证明日期	20XX. XX. XX															

注：上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。



中国癌症基金会赫赛莱患者援助项目

亲属收入证明表

姓名	李五				性别	女										
年龄	24				亲属关系	女儿										
身份证号	4	2	0	1	0	6	1	9	X	X	X	X	X	X	X	X
手机号码	186XXXXXXXX				座机号码	027-XXXXXXXX										
工作单位名称	武汉 XX 大学研究生院															
工作单位地址	湖北省武汉市 XX 区 XX 街道 XX 号															
工作部门职务	学生				工作时间	无 至 无										
上年度总收入	0 元															
证明人职务	主任				证明人签字	周八										
工作单位电话	027-XXXXXXXX				工作单位盖章											
证明日期	20XX. XX. XX															

注：上年度总收入，应包含工资、奖金、补贴、分红、兼职等。

