附件2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **大足区贫困白内障患者救助手术通知单** | | | | |
| （ ）年度 | | | | |
| 手术定点医院: 编号: | | | |  |
| 同志,性别 ,年龄 ,经大足区残疾人联合会审批,符合救助手术规定,请予以安排实施复明手术。 | | | | |
| 家庭地址 |  | 身份证号码 |  | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 分类 | 享受低保、特困（ ）           低收入（） | | | |
| 注：此表由区残联留存。 | | | | |