



爱的续航 - 肺癌患者援助项目 本人收入承诺书

申请人信息	姓名：_____ 年龄：_____ 性别：_____ 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 家庭地址：_____ 省 _____ 市 _____ 固定电话：_____ 手机：_____ 第一联系人姓名：_____ 与您的关系：_____ 联系方式：_____	(照片)
经济情况填写	以下请您如实填写工作情况： 工作单位名称：_____ 工作单位地址：_____ 工作单位电话：_____ 工作单位部门及职务：_____ 工作时间：自 _____ 年至 _____ 年 兹证明同志在本单位的上年度全年总收入 _____ 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入） 本年度平均月收入 _____ 元。特此证明。	
法律说明： 本人（患者）在此承诺，以上所填写信息真实有效，基金会有权对以上信息进行核查，如有虚假谎报信息，基金会有权终止援助且追究相应法律责任。 <div style="text-align: right;">患者本人签字：_____ _____ 年 ____ 月 ____ 日</div>		