附件2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 平昌县特困供养人员转诊转院告知单 | | | | | |
| 姓 名 |  | 身份证号 | |  | |
| 家庭住址 |  | 联系电话 | |  | |
| 监护人姓名 |  | 联系电话 | |  | |
| 身份属性 | 集中（ ） 分散（ ） | | | | |
| 主要症状与诊断 |  | | | | |
| 转院原因 |  | | | | |
| 本人或监护人意见 （签字） |  | | | | |
| 转出医院 （签字盖章） |  | | 转入医院 （签字盖章） | |  |
| 备注：此单一式三份，转出、转入医院各一份、民政办一份。 | | | | | |