

致：香港乳癌基金會

### 藥物注射聲明書

病人姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)

香港身份證號碼：\_\_\_\_\_ 申請編號：\_\_\_\_\_

本人於香港醫院管理局公立醫院接受匹博利組單抗(Pembrolizumab)注射的日期，如下：

注射次數	注射日期	病人簽名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		

請於每次注射藥物後 (即打完針)，必須填妥此表格及交回本會，以作現金回扣安排。

支援熱線：2525 6033

傳真：2525 6233 或郵寄回本會：香港北角木星街9號永昇中心22樓

如有疑問，請於辦公時間內致電 2525 6033 查詢，謝謝。