

香港乳癌基金會 藥物資助計劃 (KEYPAP)

藥物注射聲明書

請於每次注射藥物後，必須填妥此表格及將正本交回本會核實，以作現金回扣安排。

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

支援熱線: 2525 6033

病人姓名: _____ 香港身份證號碼: _____

私家醫院 或 私家診所: _____

主診醫生: _____

申請編號: _____

感謝您申請此藥物資助計劃。根據資助計劃，您將符合資格獲得現金資助

細節及條款:

- 進行藥物注射後，此表格需要於由病人和主診醫生會簽，並由醫院或診所印章蓋印確認。
- 請攜帶香港身份證以便進行核實和確認身份。
- 每購買兩樽或四樽匹博利組單抗 (Pembrolizumab)的申請者可以獲得現金回扣。
- 必須填妥此表格及將正本交回本會核實，以作現金回扣安排。

本人確認已於上述私家醫院或私家診所接受兩樽或四樽匹博利組單抗 (Pembrolizumab)的藥物注射，詳細資料如下：

療程	注射日期	注射藥物樽數	下次注射治療日期	病人或授權人士簽名	主診醫生簽名及醫院或診所印章	香港乳癌基金會
1		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
2		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
3		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
4		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____

5		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
6		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
7		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
8		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
9		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
10		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
11		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
12		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
13		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
14		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
15		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
16		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
17		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____
18		兩樽 / 四樽 Please cross out as appropriate				日期: _____

