申请表

联系人姓名		性别	
身份证号		年龄	
联系电话		邮编	
联系地址			
是否肥胖 （BMI 指数≥28kg/m^2）	□是　□否	是否为 2 型糖尿病患者	□是　□否
1.填写后可将此表递交至辽宁省红十字基金会或发送至邮箱（lnsrcf@126.com）。 2.填写申请表不代表确定获得项目筛查资格，具体资格以通过筛查问卷为准。			

版本日期：2023/05/05