附件5

汕头市流浪乞讨病人身份确认表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **年龄** | **性别** | **救治医疗机构** | **救治日期** | **诊断/病种** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**医疗机构（盖章）：**

**救助管理机构（市、区县救助站）（盖章）： 市公安局（盖章）：**

**经办人： 经办人：**