

中国初级卫生保健基金会 生命绿洲患者援助公益基金  
生命之钥 - 肿瘤免疫治疗患者援助项目

## 专用处方

姓 名		年 龄	
性 别		项目医院	

临床诊断:

RX:

帕博利珠单抗注射液\_\_\_\_\_mg/周期。

基金会联

项目医生签字:

项目医生盖章:

处 方 时 间:

\*本项目处方有效期1个月, 逾期无效.

\*需项目医生签字盖章