

患者知情同意书

作为一位患者(或监护人)，我已阅读上述内容，知晓项目申请条件，并了解服用华恒汉方灵芝孢子粉可能发生的不良反应，愿意承担所有责任和义务。我愿意加入“情满京城，益起行动”药品援助项目，同意并将严格遵守项目的相关规定，自愿按程序申请。

患者本人签字：_____

日 期：_____