

支持信函

病患病歷號碼／帳號_____

支持者姓名_____

與病患／申請人關係_____

支持者地址_____

致 Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital :

本函目的在於告知（病患姓名）_____收入微薄，
本人正在協助其支付生活費用。其對本人幾無義務。

透過簽署本聲明，本人同意所提供的資訊據我所知為真實。

支持者簽名_____

日期_____