附件：5

市红十字人道助医资助患者回访情况表

回访单位(盖章)：县（区）红十字会　　　　　　回访填表人： 　　　 回访方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 回访时间 | 受助人姓名 | 受访人姓名 | 与受助人关系 | 联系电话 | 救助款到账情况 | 收到救助款时间 | 是否知道资助款来源 | 对地方红会满意度 |
| 已收到 | 收到金额 | 未查询 | 未收到 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：本表由县（区）红十字会填写。回访工作按照拨款批次进行；在每批救助款拨出后10个工作日内进行回访，回访结束后5个工作日内将本表报送至市红十字会。