**借药工作联系函**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_市/县抗病毒治疗机构：

因受新型冠状病毒肺炎疫情的影响，我治疗点一名抗病毒治疗滞留患者暂时无法返回取药，为确保患者规范治疗，请贵单位按规范协助给患者发放一个月的抗病毒治疗药物，感谢支持！患者信息如下，请注意保密！

姓名： （示范：如刘璐填写刘L，李云海填写李Y海）

性别： 年龄 岁

身份证号：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* （填写后6位）

抗病毒治疗点：

抗病毒治疗编码：

现行治疗方案：

填表机构：

联系人： 联系电话：

医院/疾病预防控制中心（盖章）

2021年 月 日

注：借药工作联系函或诊断证明由滞留病人原抗病毒治疗点或治疗点所在地疾控中心开具，发送扫描件或电子版至借药治疗点。