

# 지원서

환자 의료기록 번호/계정 번호 \_\_\_\_\_

후원자 이름 \_\_\_\_\_

환자 / 신청자와의 관계 \_\_\_\_\_

후원자 주소 \_\_\_\_\_

Central Texas Rehabilitation Hospital 으로:

본 지원서는 (환자의 이름)가 \_\_\_\_\_ 수입이 적거나  
아예 없으며 본인이 생활비를 지원하고 있음을 알려주기 위한 것입니다. 그/그녀는  
나에게 아무런 의무도 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 최대의 사실이라는 것에 동의합니다.

후원자 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_