

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな		生	
氏名		年	年 月 日
		月	
		日	
住所	(〒)		
	電話 ()		
検査施設名	1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 2 東京医科大学八王子医療センター 3 東京女子医科大学病院 4 その他 ()		
<p>腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受けるため、腎臓移植希望登録依頼書（別記第2号様式）と住民票を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>東京都知事 殿</p>			