

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書			
ふりがな		生	年 月 日
氏名		年 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 ()		
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。 年 月 日 申請者 東京都知事 殿			