

## 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 東京医科大学八王子医療センター 2 東京女子医科大学病院 3 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>			