別記第１号様式（福祉保健局提出用）　　東京都福祉保健局

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	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
氏名			
住所	（〒　　） 電話　　（　　）		
検　査　機　関　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　東邦大学医療センター大森病院 ５　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