

様式第1(号)

組織適合検査費助成金交付申請書

住所	〒 () - () - ()				
フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日

私は、死体腎移植希望者の登録を行うため組織適合検査を受けたいので、組織適合検査交付要綱第4の規程により、検査費の助成を申請します。

年 月 日

申請者氏名

印

公益財団法人いわて愛の健康づくり財団理事長 様

証明書

上記の者は、死体腎移植に適するとともに、死体腎移植希望者の登録を行なう意思があるものと認めます。

年 月 日

病院・診療所名

担当医 氏名

印

公益財団法人いわて愛の健康づくり財団理事長 様