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。

平成　　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。

平成　　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