

## 組織適合性検査費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

公益財団法人 大分県臓器移植医療協会 理事長 殿

申請者 住所 (〒)

氏名 印  
生年月日 年 月 日 生  
電話番号

下記のとおり 組織適合性検査を受けたので、組織適合性検査費用補助金の交付を申請します。

### 記

1. 検査年月日 年 月 日

2. 検査機関の所在地及び名称

3. 検査担当技師名 印

4. 補助金 振込先

\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_支店

普通・当座 No. \_\_\_\_\_

口座名義人  
(申請者以外の場合のみ記入)