

いちき串木野市  
CKD 予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)  
登 録 承 諾 書

いちき串木野市長 殿

年 月 日

医療機関名

医師氏名

いちき串木野市CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）として下記のとおり登録されることを承諾します。

また，下記の登録内容について，行政機関や医療機関など関係機関へ提供されるとともに，公表されることに同意します。

記

フリガナ	
医師氏名	
医療機関名	
診療科名	
所在地	〒
T E L	
F A X	
メールアドレス ※	@

※ 市からCKDに関する研修会等の情報を電子メールで提供されることを希望する場合には，メールアドレスをご記入ください。（メールアドレスは，提供や公表はいたしません。）