**薩摩川内市・さつま町**

**様式４**

**CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)**

**登録承諾書**

　薩摩川内市長

さつま町長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

薩摩川内市・さつま町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，県民へ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 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス※ | ＠ |

※　市町から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。