**薩摩川内市・さつま町腎臓診療医**

**様式８**

**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・さつま町腎臓診療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 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 学会認定の専門医資格の有無 | 腎臓専門医　　　　□有　　　　　□無 |
| 透析専門医　　　　□有　　　　　□無 |
| 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。）