

鹿児島市 CKD 予防ネットワーク登録医 登録承諾書

鹿児島市長 下鶴 隆央 殿

年 月 日

氏名

鹿児島市 CKD 予防ネットワーク登録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、市民へ公表されることに同意します。

なお、別紙記載の各医師についても同様に公表されることに同意します。

記

| | |
|----------|---|
| フリガナ | |
| 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※ | @ |

※ 鹿児島市からCKDに関する研修会等の情報を電子メールで提供します。
(メールアドレスは、本事業以外には使用いたしません。)