

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。)