新潟県地域糖尿病・CKD協力医名簿記載事項変更届

年　　月　　日

新潟県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

新潟県地域糖尿病・CKD協力医登録要綱第７条の規定により、下記のとおり届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 氏名 |  |  |
| 勤務先 |  |  |
| 診療科 |  |  |
| 勤務先住所 |  |  |
| 勤務先電話番号 |  |  |

※変更がある項目のみ記載してください。