新潟県地域糖尿病・CKD協力医登録辞退届

年　　月　　日

新潟県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

新潟県地域糖尿病・CKD協力医の登録について、下記の事由により辞退します。

記

辞退の事由

|  |
| --- |
|  |

添付書類

　・新潟県地域糖尿病・CKD協力医登録証