新潟県地域糖尿病・CKD協力医登録申込書

　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４条の規定により、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| Eメール |  |