同　意　書

　私は、新潟県地域糖尿病・CKD協力医（登録要綱第３条に規定する者）として、氏名、勤務先名、診療科名、勤務先住所、勤務先電話番号を新潟県ホームページ等において公表するとともに、地域振興局、市町村等へ情報提供することに同意します。また、登録有効期間内に、更新の要件を満たした場合に、登録を自動更新することに同意します。

　新潟県知事　様

　　　　　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　勤務先

　診療科

　勤務先住所

　　　　　　　　　　　　　　勤務先電話番号