　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　医師会　御中

**※ご所属の郡市医師会へお送り願います**

岩手県糖尿病性腎症重症化予防事業

「協力医療機関」登録届出票

**岩手県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、各市町村が未受診者および治療中断者に対する受診勧奨を行う等の事業に協力し、「協力医療機関リスト」への登録を承諾いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関住所  TEL/FAX | 〒　　　－  TEL　　　－　　　－　　　　　　FAX　　　－　　　－ |
| 医師氏名 | （ふりがな） |
| メールアドレス |  |

◆「協力医療機関リスト」は岩手県医師会ホームページに掲載しております。

ホームページ掲載ついてお伺いいたします。

**掲載可　　　　掲載不可**