**岩手県医師会　業務課　行**

（ＦＡＸ：**０１９－６５４－３５８９**）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医師氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

**岩手県糖尿病性腎症重症化予防事業　協力医療機関リスト変更届**

**１　リスト登録内容の変更について**（変更がある項目のみ記載願います。）

　　　年　　　月　　　日より以下のとおり変更（予定）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 医師氏名 | 所在地 | 電話番号 |
|  |  |  |  |

**２　岩手県医師会ホームページ掲載について**（該当がある場合はいずれかに〇をお願いします。）

**・　非公開 　⇒ 掲載可とする**

**・　掲載済み ⇒ 非公開とする**

**３　協力医療機関リストからの登録削除について**（該当がある場合はいずれかに〇をお願いします。）

**・　ご希望によりリスト登録削除**

**・　閉院等によりリスト登録削除**

**４　備考（その他の変更等）**

|  |
| --- |
|  |