令和　年　月　日

和歌山県知事　様

医療機関の名称：

医療機関の住所：

代表者名　　　：

和歌山県糖尿病性腎症重症化予防に係る登録医制度における登録医療機関として、医療機関の名称、住所及び電話番号を和歌山県ホームページにおいて公表することに、

同意します　　・　　同意しません

（いずれかに○をつけてください）