（様式第１号）

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

登　録　届

和歌山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム及び登録医制度の目的に同意し、下記のとおり、登録を届け出ます。

記

１　医療機関の名称

２　医療機関の住所

３　医療機関の電話番号

４　その他受診に当たっての留意事項（任意）

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