**姶良・伊佐地区**

**様式４**

**CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)**

**登録承諾書**

　伊佐市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

姶良・伊佐地区CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）として下記のとおり登録されることを承諾します。

　また，下記の登録内容について，行政機関や医療機関など関係機関へ提供されるとともに，県民へ公表されることに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療科名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス※ | ＠ |

上記に併せて「健康かごしま21CKD連携医（県名簿）」への登録可否について下記に☑をお願いします。

健康かごしま21CKD連携医（県名簿）への登録を承諾

□可　　□不可

※ＣＫＤに関する研修会等の情報を電子メールで提供されることを希望する場合には，

メールアドレスをご記入ください。（メールアドレスは，提供や公表はいたしません。）

**姶良・伊佐地区**

**様式５**

**CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)**

**登　録　証**

医療機関名

医師氏名　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

伊佐市長　　　　　　　　　印

姶良・伊佐地区CKD予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）として下記のとおり登録しました。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療科名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |

**姶良・伊佐地区ＣＫＤ予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）変更届**

**様式６**

下記のとおり，登録内容等に変更があったので届け出ます。

　伊佐市長　　殿

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

医師氏名

記

＊変更のある箇所のみご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| フリガナ |  |  |
| 医師氏名 |  |  |
| 医療機関名 |  |  |
| 診療科名 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |  |
| ＦＡＸ |  |  |
| メールアドレス | ＠ | ＠ |

変更登録日　平成　　年　　月　　日（市町で記入）

**姶良・伊佐地区**

**様式７**

**ＣＫＤ予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）**

**辞退届**

　伊佐市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

姶良・伊佐地区ＣＫＤ予防ネットワーク登録医（かかりつけ医）を辞退するので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退理由 |  |

**姶良・伊佐地区腎臓診療医**

**様式８**

**登録承諾書**

　伊佐市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

姶良・伊佐地区腎臓診療医として下記のとおり登録されることを承諾します。

　また，下記の登録内容について，行政機関や医療機関など関係機関へ提供されるとともに，県民へ公表されることに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 医師氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| 学会認定の  専門医資格の有無 | 腎臓専門医　　　　□有　　　　　□無 |
| 透析専門医　　　　□有　　　　　□無 |
| メールアドレス※ | ＠ |

上記に併せて「健康かごしま21CKD連携医（県名簿）」への登録可否について下記に☑をお願いします。

健康かごしま21CKD連携医（県名簿）への登録を承諾

□可　　□不可

※ＣＫＤに関する研修会等の情報を電子メールで提供されることを希望する場合には，

メールアドレスをご記入ください。（メールアドレスは，提供や公表はいたしません。）

**様式９**

**受講修了証**

**○○　○○　殿**

**あなたは，姶良・伊佐地区ＣＫＤ予防ネットワーク腎臓診療医専門セミナーの受講を修了されました。**

**平成　　年　　月　　日**

**伊佐市長　　　印**

**姶良・伊佐地区腎臓診療医変更届**

**様式10**

下記のとおり，登録内容等に変更があったので届け出ます。

　伊佐市長　殿

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名

医師氏名

記

＊変更のある箇所のみご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更項目 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| フリガナ |  |  |
| 医師氏名 |  |  |
| 医療機関名 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |  |
| ＦＡＸ |  |  |
| 学会認定の  専門医資格の有無 | 腎臓専門医　　　　□有　　　　　□無 | 腎臓専門医　　　　□有　　　　　□無 |
| 透析専門医　　　　□有　　　　　□無 | 透析専門医　　　　□有　　　　　□無 |
| メールアドレス | ＠ | ＠ |

変更登録日　平成　　年　　月　　日（市町で記入）

**姶良・伊佐地区腎臓診療医**

**様式１１**

**辞退届**

　伊佐市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　姶良・伊佐地区腎臓診療医を辞退するので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 辞退理由 |  |