

姫路市DKD連携システム「DKD 教育入院」登録用紙



令和 年 月 日

(あて先) 姫路市長

私は、姫路市DKD連携システムに賛同、協力し、DKD 教育入院に登録します。また、名簿作成及び公表に同意し、連携登録医研修等に参加します。

医療機関名	
代表者	
住所	姫路市
電話番号	
診療科	
担当医師名	

※提出先は医師会庶務課です。

<問い合わせ先>
〒670-8730 姫路市坂田町3番地
姫路市保健所健康課 健康増進担当
電話 079-289-1697