第６号様式（第４条関係）

**様式６**

**阿久根市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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

阿久根市長　　　　　　　　印

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 |  |