

別紙 様式第1号
令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

住所（所在地）
団体名
氏名（代表者氏名）
連絡責任者
電話番号

鹿児島市慢性腎臓病（CKD）予防ネットワーク協力団体申込書

次のとおり鹿児島市慢性腎臓病（CKD）予防ネットワークの協力団体として申し込みます。

名称（※）	フリガナ
所在地（※）	フリガナ
	〒
電話番号（※）	
FAX 番号	
メールアドレス	
協力できる 具体的内容（※）	
市ホームページ への掲載	希望あり・希望なし

備考 1 ※欄については必ずご記入願います。