

鹿児島市 CKD 予防ネットワーク登録薬剤師 登録承諾書

鹿児島市長 下鶴 隆央 殿

年 月 日

氏名

鹿児島市 CKD 予防ネットワーク登録薬剤師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、市民へ公表されることに同意します。

なお、別紙記載の各薬剤師についても同様に公表されることに同意します。

記

フリガナ	
氏 名	
薬 局 名	
所 在 地	〒
T E L	
F A X	
メールアドレス※	@

※ 鹿児島市からCKDに関する研修会等の情報を電子メールで提供します。
(メールアドレスは、本事業以外には使用いたしません。)