

福岡市医師会  
地域医療課 三浦 行  
F A X : ( 0 9 2 ) 8 5 2 - 1 5 1 0

## 【登録申請書】

慢性腎臓病（CKD）地域連携パスにおける  
一次医療機関の登録を申請します。

### 【登録情報】

医療機関名

---

郵便番号

---

住 所

---

T E L

---

F A X

---

令和 年 月 日

ご芳名

---