

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
