

送付先 菊池圏域糖尿病保健医療連携会議事務局
(熊本県菊池保健所保健予防課)

FAX 番号 : 0 9 6 8 - 2 5 - 4 1 2 6 (送信票不要)

菊池圏域糖尿病関係連絡(受付)台帳賛同医療機関申込書

菊池圏域糖尿病関係連絡(受付)台帳の取組に賛同します。

申込日 : 平成 年 月 日

医療機関名	
記入者氏名	
住 所 (市町名は該当に ○ を)	菊池市・合志市 () 大津町・菊陽町 ()
電話番号	
FAX 番号	
窓口担当者氏名	
窓口担当者職種	

申込みをいただいた医療機関には、後日事務局から連絡をさせていただきます。
窓口担当者は、状況に応じて適宜決定ください。職種等、特に定めはございません。
賛同医療機関には、台帳の活用状況について年2回、調査協力いただいております。
取組内容についてのお尋ねなどございましたら、事務局へ連絡ください。