

様式第1号（第5条第1項関係）

同 意 書

私は、おおいた糖尿病相談医（設置要綱第4条に規定する者）として、氏名、勤務先名、診療科名、勤務先住所、勤務先電話番号を、大分県ホームページ等において公表するとともに、関係市町村（地域包括支援センターを含む。）等へ情報提供することに同意します。

大分県知事 殿

令和 年 月 日

氏 名 _____

勤務先 _____

診療科 _____

勤務先住所 _____

勤務先電話番号 _____