

糖尿病医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

糖尿病医療連携体制を担う医療機関を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機関（該当に○をして下さい。）

1) 総合管理

2) 専門治療

3) 慢性合併症治療 糖尿病網膜症

糖尿病腎症

糖尿病神経障害

動脈硬化性疾患

冠動脈硬化症

脳血管障害

下肢閉塞性動脈硬化症

歯周病

4) 急性増悪時治療

2 辞退する理由