**横手市糖尿病・慢性腎臓病重症化予防保健指導依頼書**

令和　　　年　　　月　　　日

横手市長　様

医療機関名

主治医

℡

送付先：〒013-0044　横手市横山町1-1

横手市市民福祉部健康推進課栄養支援係

℡35-2185

次の方から糖尿病・慢性腎臓病重症化予防保健指導への参加同意書の提出がありましたので保健指導を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  患者氏名 | 男・女 | 生年  月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |