令和　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

医療機関の名称：

〒　　　－

医療機関の住所：

代表者名：

同意書

保険医療者（市町村）が、骨粗しょう症検診の要精検者に対し医療機関への受診勧奨をする際の紹介先として活用する医療機関名簿への掲載に、同意します。

記

１　医療機関の名称

２　医療機関の住所

３　医療機関の電話番号（ＦＡＸ番号）

　　電話番号

　　ＦＡＸ番号

４　医療機関のメールアドレス

● アンケート

本取組の参考とするため、貴院に設置されている骨量測定機種に〇を御記入お願いします。（アンケートの回答は公表しません）

・ＤＸＡ法（腰椎・大腿骨・前腕）

・ＭＤ法（中手骨）

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）