

(別記様式第3号)

## もがみネット退会届出書

最上地域医療連携推進協議会長 殿

施設名: \_\_\_\_\_  
施設利用管理責任者  
施設長: \_\_\_\_\_

次の者がもがみネットに利用者として参加しておりましたが、都合により退会を希望しているため、以下のとおり届けます。

申請日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

利用者氏名: \_\_\_\_\_ 印

職名 \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 大正 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※上記必要事項にご記入のうえ下記事務局までFAXくださるようお願い申し上げます。

【もがみネット事務局】

最上保健所内事務局 TEL:0233-29-1258 ・ FAX:0233-22-2025