

(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