（別記様式第４号）

もがみネット解　約　届　出　書

最上地域医療情報ネットワーク専門部会部会長　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ので、以下のとおり届けます。

申請日　：　　年　　月　　日

解約日　：　　年　　月　　日

解約理由：

□　施設閉鎖のため　　□　使い方がわからないため

□　その他（　　）

担当者氏名　　電話番号

※上記必要事項にご記入のうえ下記事務局までメール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　メール：ymogamihoken@pref.yamagata.jp
TEL:0233－29－1257　　FAX:0233－22－2025