令和　　年　 月　　日

鶴岡地区医師会　地域医療連携室　ほたる　行き

　（提出先：〒997-0035　鶴岡市馬場町1-34　鶴岡地区医師会館内）

**Net4U退会申請書**

　鶴岡地区医師会が運用する「Net4U」の利用について、都合により下記のとおり退会いたします。

施設情報

施設等名称：

代表者氏名：

施設所在地：〒　　　　　　　住所

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

E-メール：

**削除するユーザ情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 2 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 3 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 4 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |
| 5 | ふりがな |  | | 職　種 |  |
| 漢字氏名 |  | |  |  |
| ユーザID | |  | パスワード |  |