



ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）

参加施設 退会届出書

一般社団法人 広島県医師会
ひろしま医療情報ネットワーク
代表者 平松 恵一 様

当施設は、ひろしま医療情報ネットワークの退会を希望しますので、以下の通り申請致します。

届 出 日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施 設 名： _____

施設責任者： _____ 印

ネットワーク担当者： _____

【 退会される施設様へ 】

§ 利用料金について

- ・ 年度一括前払いをご利用の場合、年度途中退会での利用料返金は致しません。
- ・ 月払いをご利用の場合、退会月分の利用料までお支払いいただきます。

§ 本届出書と同時にセキュリティトークン(USB)をお持ちの方はご返却願います。

_____ 本 [シリアル No. _____ , _____]

[シリアル No. _____ , _____]

[シリアル No. _____ , _____]

§ 差し支えなければ、退会理由をご記入ください。

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--