



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 松村 誠

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。

記入日： 西暦 年 月 日

施設名： _____

退会希望日： 西暦 年 月 日

※退会希望日は記入日以降の日付でお願い致します。

施設責任者： _____ 印

ネットワーク担当者： _____

電話番号： _____

※電話番号は退会後に連絡が取れる番号をご記入ください。

【 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、本書受領日の翌月から年度末までの利用料をご返金いたします。返金先の口座を別紙「口座情報（利用料返金用）」へご記入下さい。（自動引落をご利用の場合は、別の口座を希望される場合のみご記入ください。）
- ・月払いをご利用の場合、本書受領月分の利用料までお支払いいただきます。

§ 貸与物品がある場合はご返却をお願い致します。

(QRコードリーダー、ラベルプリンタ、セキュリティトークン(USB)等)

※ 郵送の場合、送料はご負担ください。

§ 電子証明書削除の必要がある場合、退会手続き後にご連絡させて頂く場合がございます。

その際にはご対応をお願い致します。

※ご注意 本書の受領が退会希望日の次月になりますと、次月分の利用料が発生しますので早めのご郵送をお願い致します。

(月末までに送付が間に合わない場合は、FAXでお送りいただいた後、本書を郵送願います。)

◆ 差し支えなければ、退会理由をご記入ください。

別紙

口座情報（利用料返金用）

西暦 年 月 日

年度一括前払いをご利用の場合、退会届出書受領日の翌月から年度末までの利用料をご返金致します。

お支払方法が自動引落しの場合は引落とし口座に返金されますが、別の口座をご希望の場合、もしくはお支払方法が振込の場合は返金先の口座情報をご記入下さい。

金融機関名	銀行 信金 信組 労金 ()												
支店名	支店						口座種目	普通・当座					
コード	銀行コード				支店コード			口座番号					
ゆうちょ銀行	記号番号				番号								
	1			0									
フリガナ													
口座名義人													

※ご返金は、退会申請をされてから2~3ヶ月程度かかる場合がございます。