

ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）  
協賛企業申込書

令和 年 月 日

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（HMネット）  
代表者 松村 誠 様

企業名  
代表者名

ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）事業の目的に以下の内容で協賛します。

記

協賛口数	口（¥ ） ※1 口…¥50,000/年	
連絡先	〒	
	住所	
	担当部署	
	担当者名	
	TEL	
	FAX	
請求先	〒	
	住所	
	担当部署	
	担当者名	

以上