



ひろしま医療情報ネットワーク利用に関する誓約書

施設責任者：_____様

私は、ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット）の「ひろしま医療情報ネットワーク利用規定【HM運規-002】」に示された遵守事項、禁止事項を十分理解した上で、HMネットの機能を使用することを誓約します。

西暦_____年_____月_____日

自署：_____印