

医療情報ネットワーク 解約届

私は、この度医療情報ネットワークの解約を希望しますので、以下の通り届け出致します。

解 約 申 請 日	平成 年 月 日
所属医療機関名	
利 用 者 名	印

- ・ 上記の必要事項にご記入、押印の上、解約申請日の月末までに下記迄 FAX（0829-58-3706）又は郵送してください。

株式会社 プロノテック 鈴木 肇和
〒738-0042 広島県廿日市市地御前 1 丁目 21-23
TEL : 0829-36-3880 FAX : 0829-58-3706
E-mail : info@pronotec.co.jp

- ・ 解約申請日をもちまして、医療情報ネットワークの解約手続きを完了いたします。

ご不明な点は、プロノテックまでお問い合わせ下さい。

（弊社取扱欄）

受付日：平成 年 月 日

受付者：