様式第２号（第10条関係）

・会員施設は「ID-Link 解約申込書」を一緒に提出してください。
　ただし、引き続き他システムで ID-Link を利用する場合は必要ありません。
・会員外施設は「ID-Link 解約申込書」を一緒に提出してください。

ハートネットホスピタル
利用施設解約書

令和　　年　　月　　日

「ハートネットホスピタル」に参加しておりましたが、都合により解約します。

フリガナ 施 設 名	代表者 印
フリガナ 施設長名	
事業者区分	□医療機関　□訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ　□居宅介護支援事業所 □調剤薬局　□その他（　　）
所 在 地	（〒　　－　　）
解約希望日	年　　月末日

利用責任者	所属部署	
	氏　　名	印
	電話番号	
	ＦＡＸ番号	

以下　金沢市医師会　記入欄

上記のとおり承認する。

令和　　年　　月　　日
ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ

担当チーフ	担当サブチーフ	事務局長	担当者

受理日	令和　　年　　月　　日
整理番号	
担当	
ＳＥＣ郵送日	令和　　年　　月　　日

金沢市医師会　ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912　金沢市大手町3-21
TEL　076－263-6070
FAX　076－223-7079
Email　hnh@kma.jp
受付　9時～17時　月～金（祝日除く）