令和　　年　　月　　日

**一般財団法人医療情報システム開発センター御中**

**「HPKIセカンド電子証明書による電子処方箋、電子調剤記録作成サービス」解約申請書**

　掲題の件につきまして下の通り解約を希望します。本サービスの利用を取りやめます。速やかに解約処理をお願いします。

（※は必須です）

1. ※保険医療機関（歯科含）名・保険薬局名
2. ※保険機関コード(10桁）
3. ※代表者名
4. ※担当者名
5. ※担当者連絡先（電話番号・若しくはメールアドレス）

　　記載に相違があった場合の確認を行う目的のみに利用します。

1. 解約希望日時（希望日以降にサービス利用の停止を行います。記載が無い場合は、FAX受領後1週間以内にサービス利用の停止を行います。）
2. 解約理由（今後のサービス向上に利用します。可能でしたら記載をお願いします）

本書面を「03-6271-8959：委託先（株式会社ファインデックス）」までFAX送信をお願いします。■