**Holoeyes XRサービス 解約申込書**

HoloEyes株式会社御中

以下の通りHoloeyes XRサービスの解約を申し込みます

**解約情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 解約申込責任者 |  |  |
| ユーザーID |  | |
| 解約申込み日 | ＿＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 | |
| 解約希望月 | ＿＿＿＿＿年＿＿＿月　以降の解約を希望します | |

**解約方法**

[info@holoeyes.jp](mailto:info@holoeyes.jp)まで申込書をご送付ください