（様式保－２）

令和　　年　　月　　日

一般財団法人医療関連サービス振興会　理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （代表者名）

制度保険に関する誓約書

（事業実績のない場合の事業者用）

　当社は、院外調理患者等給食業務に関する事故に起因して法律上の損害賠償責任を担保する保険について、貴会で準備されている制度保険に加入するにあたり、医療機関からの本サービスの受託後直ちに、「制度保険見込み売上高通知書」（様式保－３）を提出することを誓約します。

　この場合、「制度保険加入依頼書」（様式保－１）の補償期間は、「見込み売上高通知書」に記載された業務開始日からサービスマーク有効期間の最終日までと読替えるものとし、また保険料(掛金)は貴会からの請求に基づき速やかにお支払いします。

　上記に違反した場合は、認定を取り消されても異議申し立てを行わないこと、及び事故に起因する法律上の損害賠償責任は全て当社で負担し貴会にはご迷惑をかけないことを誓約します。

（本誓約書に添付する書類）

　　制度保険加入依頼書（様式保－１）