**［新規］（実績無）**

医療関連サービスマーク認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 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）　　　　　　　　　　 　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 院外調理患者等給食業務について、下記施設に係る医療関連サービスマークの認定を受けたいので、院外調理患者等給食業務に関する医療関連サービスマーク制度実施要綱に基づき、関係書類を添えて申請いたします。

１．医療関連サービスマークの認定を申請する施設

　　・施　設　名 ：

・所在地住所 ： (〒 ‐ )

・電話番号・ＦＡＸ番号： TEL　　　　　　　　　 FAX

・施設責任者の役職・氏名： (役職) (氏名)

２．添付書類（添付書類は、（　）内に○印を付す。）

（　）誓約書

（　）事業概要書 (様式１)

（　）組織概要書（様式２）

（　）直近３か年分の決算書類（損益計算書、貸借対照表等経営状態を表す書類）

事業者が個人の場合は、税務申告書等の写

（　）代表者の履歴書兼確認書（様式３）

（　）受託責任者名簿兼確認書（様式５）

（　）受託責任者に係る指定講習会の修了証（写）

（　）受託責任者の本サ－ビスに係る経歴がわかる履歴書（様式６）

（　）食品衛生責任者名簿兼確認書（様式７）、受講修了証等（写）

（　）指導助言者名簿兼確認書（様式８）

（　）指導助言者の本サ－ビスに係る経歴がわかる履歴書（様式９）

（　）指導助言者業務補助者の本サ－ビスに係る経歴がわかる履歴書(様式９－２)

（　）登記簿謄本（事業者が法人の場合）

（　）食品衛生法に基づく調理業の営業許可証（写）

（　）認定を申請する施設の図面(施設の構造及び機器･設備等の配置が判るもの)

（　）業務案内書

（　）標準作業書

（　）制度保険に関する誓約書（様式 保－２） 　〈制度保険に加入する場合〉

（　）制度保険加入依頼書（様式 保－１）　　　　〈制度保険に加入する場合〉

（　）賠償責任保険に関する誓約書（様式 保－５）〈代替保険加入の場合〉

　　〔本社〕　　　　 　　　　　　　　　　〔申請に関する担当者〕

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 郵便番号： |  | 部署・役職： |  |
| ＴＥＬ　： | 氏　名： |
| ＦＡＸ ： | ＴＥＬ： |
|  | | | ＦＡＸ： |
|  | | | e-mail： |  |