

(様式 8)

医療関連サービスマーク認定状況確認書

(あて先) 八戸市立市民病院事業管理者

(医療関連サービス認定状況について、該当する項目に○を記入すること)

記入欄 (該当する場合○を記入)	医療関連サービスマーク認定状況
	事業者のみが認定を受けている
	洗濯工場のみが認定を受けている
	事業者、洗濯工場ともに認定を受けている
	事業者、洗濯工場ともに認定を受けていない

※医療関連サービスマークの認定を受けている場合、認定を受けている事業者及び八戸市立市民病院入院用品提供サービス業務で使用する予定である全ての認定洗濯工場について、医療関連サービスマーク認定証書の写しを添付すること。

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地

商号または名称

代 表 者 職 氏 名

