（様式５）

受託責任者名簿兼確認書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人 医療関連サービス振興会

 　　　　　　申請事業者名

 代表者名

　次の者は、医療法その他関係諸法令に規定される罪により刑に処せられ、その執行を終わり、または執行を受けることがなくなった日から２年を経過していない者に該当していないことを確認いたします。

【受託責任者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  氏　　　名 |  |  |
|  役　　　職 |  |
|  資　　　格 |  |
|  採用年月日 |  |

 （注）「資格」について、認定基準において受託責任者に必要とされる資格を

　　　　　証する免許証（写）を添付してください。