

承諾申請書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人
京都市立病院機構理事長

住所

名称

印

代表者氏名

京都市立病院の病理解剖体運搬等委託業務を弊社が受託した場合、解剖体の搬送業務については、下記の事業者へ再委託することとなりますので、ご承諾いただくようお願いいたします。

記

上記申請者が京都市立病院の病理解剖体運搬等委託業務を受託した場合、上記申請者から弊社が解剖体の搬送業務を再受託いたします。	
住所（所在地）	
事業者名	
代表者の職・氏名	印
電話番号	
陸運局の営業許可	別添「許可書」写しのおり