

(公社)全国ビルメンテナンス協会九州地区本部 行 (FAX: 092-481-5055)

⑤

<b>医療関連サービスマーク 書類作成説明会参加申込書</b>	申込日	年 月 日
-------------------------------------	-----	-------

※太枠内を全て記入し、下記個人情報の取り扱いについてご承諾いただいた上でお申し込みください。

会社名			<*参加承認日*>
住 所	〒 —		
TEL	( ) —	FAX	( ) —
申込担当者 所属・氏名		メールアドレス	
参加希望人数		人	
ビルメンテナンス協 会加盟状況	会 員 ・ 一 般	会員企業 ID	※会員企業のみ 10 桁の数字を記入
サービスマーク認定 取得状況 (いずれかに○印)	現在、医療関連サービスマーク認定を (取得している・取得していない)		
	サービスマークを取得している場合は、 有効期限を記入してください。 _____年__月まで		
	以前サービスマークの申請書類を 作成したことがありますか (ある ・ ない )		
病院清掃実績 (いずれかに○印)	現在、病院の清掃業務を (受託している・受託していない)		
通信欄	★必ず振込金受領書(コピー)を添付してください。(別紙でも可)		

※参加票は、開催日の5日前までに、FAXにて送付いたします。

■振込先■ ※振り込み手数料は貴社にてご負担ください。

○銀行口座:三井住友銀行 天神町支店 普)237031 (公社)全国ビルメンテナンス協会九州地区本部

☆☆☆ 個人情報の取り扱いについて ☆☆☆

参加申込書に記入された個人情報については、参加票の発送、当日の確認など、当協会が行う本説明会業務に限って利用し、第三者に提供することはありません。

公益社団法人全国ビルメンテナンス協会九州地区本部  
本部長 古賀 修