実　績　証　明　書

年　月　日

外務省領事局外国人課長

殿

経済産業省商務・サービスグループヘルスケア産業課長

身元保証機関登録番号

法 人 名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次の外国人患者・受診者については、当社が、関係省庁への委託に係る事前届出を行った上、　　（申請法人名を記載）　　　に対して、その受入業務の一部を委託し、当社による適切な監督のもと、受入れがなされたものであることを証明いたします。

なお、当該業務委託契約の契約期間中に、委託先と外国人患者・受診者との間でトラブルが生じたことが判明した場合、委託先と連携の上、必要な措置を直ちに講ずるとともに、関係省庁に対して直ちに事実関係等について報告を行うことを確約致します。また、報告の結果、悪質性が高いと認められる事業者については、登録の取消しの対象となる可能性があることについても認識をしております。

添付書類：業務委託契約書等の写し

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 外国人患者・受診者の情報 | | | | |
| 外国人患者・受診者名  （ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ表記） | 外国人患者・受診者名 （ｱﾙﾌｧﾍﾞｯﾄ表記以外） | 性別 | 生年月日 | ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ写しの  有無 |
|  |  |  |  | ○or× |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計　　　人 | | | | |