

医療関連サービスマーク書類作成説明会のご案内

(公社)全国ビルメンテナンス協会九州地区本部

1. 趣旨

サービスマーク申請時には、様式の定められた書類や独自にお作りいただく書類など多く提出物が求められており、記入も煩雑なものがございます。この説明会は、医療関連サービスマーク（院内清掃業務）の認定を受けるために提出する書類の記入方法などについて説明するため、公益社団法人 全国ビルメンテナンス協会の協力のもと開催するものです。

なお今回よりスムーズな申請の手助けとなるよう間違いやすい書類の解説と作成ポイントを説明し、実際に記入していただき個別指導を行います。

平成18年度より実地調査が、これまでの指導中心の評価から調査時点での評価へと厳しく変わり、審査の結果、非認定となる事業者が10%程度にものぼっているのが現状です。また、平成22年10月認定より、前回実地調査時の指摘事項に関する改善状況の確認が追加されるなど評価内容が一部追加・修正されています。なお、本説明会は、前年度に開催した際の内容と大きな変更はございませんのでご承知おきください。

※本説明会に参加しなくても、サービスマーク申請は可能です。また、サービスマーク申請時に不利になるようなことは一切ございません。

2. 参加対象

10月以降に医療関連サービスマーク（院内清掃業務）の更新予定事業者の申請担当者、または、これから認定申請を希望する事業者の申請担当者

3. 説明内容

- ① サービスマーク制度の概要（申請から認定までの流れ）
- ② 振興会が定める申請様式の記入方法
- ③ 事業者が独自で作成する書類の作成のポイント
- ④ 実地調査に向けた準備のポイント
- ⑤ 実地調査確認書類の整備

4. 参加費

会 員： 5,000 円 / 1 人（会場費・資料代等として。消費税含む）

一 般： 8,000 円 / 1 人（会場費・資料代等として。消費税含む）

- ① 参加費を指定の口座にお振り込みいただき、振込金受領書控えを添付の上、別紙「医療関連サービスマーク書類作成説明会参加申込書」にてお申し込みください。
- ② 参加費のお振り込みがない場合、および、申込書の提出がない場合は、参加できません。

■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

5. 申込み方法

●FAXにて申し込みを行ってください。

参加申込書に必要事項をご記入の上、参加費(資料代)を指定の口座にお振り込みいただいた**振込金受領書(コピー可)**を添付し、下記の申込先へ FAXにてお申し込み下さい。

●参加票

申込受付後、開催日の5日前までに、申込ご担当者宛に参加票・会場地図を FAXいたします。

使用する資料は、当日会場でお渡しいたします。

当日は、参加票と筆記用具のみご持参ください。

〈申込先〉 公益社団法人 全国ビルメンテナンス協会九州地区本部
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前1-15-12 藤田ビル4F
TEL : 092-473-6008 FAX : 092-481-5055

6. 開催日程

日 時 : 平成27年4月17日(金) 13:00~17:00

会 場 : 福岡朝日ビル 地下1F 15号室

福岡市博多区博多駅前2-1-1

申込締切 : 平成27年4月7日(火)

※受付は、開始時間の30分前より行います。

※定員(30名程度)の関係により、満席の場合は参加人数の調整を行い、複数名での参加希望の場合、少人数での参加をお願いする場合がございます。(その場合も必ずご連絡のうえ調整させていただきます。)

(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)

㊦

医療関連サービスマーク 書類作成説明会参加申込書	申込日	平成 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、平成____年____月まで有効期限を記入してください。		
	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 金子 誠