

感染症対応業務への労働者派遣に係る登録事業者申請書（変更）

令和 年 月 日

大阪市健康局長 様

住所又は事務所所在地
 商号又は名称
 氏名又は代表者氏名
 電話番号

入札参加資格承認番号

--	--	--	--	--	--

感染症対応業務への労働者派遣に係る登録事業者募集要項に基づき、下記のとおり登録内容の変更を申請します。

1 変更依頼日 令和 年 月 日

- 2 登録業務
- 感染症対応業務への労働者派遣（医師）
感染症対応業務への労働者派遣（看護師）
感染症対応業務への労働者派遣（事務）

3 変更事項

変更箇所	現在の登録内容	変更後の登録内容
<input type="checkbox"/> 住所又は事務所所在地		
<input type="checkbox"/> 商号又は名称		
<input type="checkbox"/> 氏名又は代表者氏名		
<input type="checkbox"/> 派遣体制		
<input type="checkbox"/> 連絡先		
<input type="checkbox"/> その他		