

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（取消）

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

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

感染症患者等の搬送業務に係る登録事業者募集要項に基づき、下記のとおり登録事業者の取消を申請します

- 1 取消依頼日 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 取消理由