（様式３）

業務実施体制調書

１　従事する統括責任者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 経験年数 | 経歴等 | 同種業務の経験 |
|  |  |  |  | 病院名：  完了年月： |

※統括責任者を１名選出すること。

２　従事する担当者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 経験年数 | 経歴等 | 同種業務の経験 |
|  |  |  |  | 病院名：  完了年月： |
|  |  |  |  | 病院名：  完了年月： |
|  |  |  |  | 病院名：  完了年月： |
|  |  |  |  | 病院名：  完了年月： |

※担当者を１名以上配置し、担当者は全員分を記入すること。

（行が足りない場合は適宜追加）

※統括責任者と担当者を兼ねることはできないので注意すること。