（様式４）

**業務実施体制調書**

（１）統括責任者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 |
| 所属・役職名 |
| 業務に関連する保有資格（資格の種類〈部門・分野〉、登録番号、取得年月日） |
| 資格の種類（部門・分野） | 登録番号 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職歴 | 実務経験年数年 |
| 業務経歴（業務名、発注者、業務概要、履行期間） |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ４ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |

* 発注者について、特定される情報を記載できない場合は、概要を記載してください。

例：千葉県内 自治体病院（〇床）、東京都内 民間病院（〇床）

（２）配置予定担当者①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 |
| 所属・役職名 |
| 保有資格（資格の種類〈部門・分野〉、登録番号、取得年月日） |
| 資格の種類（部門・分野） | 登録番号 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職歴 | 実務経験年数年 |
| 業務経歴（業務名、発注者、業務概要、履行期間） |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ４ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |

* 発注者について、特定される情報を記載できない場合は、概要を記載してください。

例：千葉県内 自治体病院（〇床規模）、東京都内 民間病院（〇床規模）

（３）配置予定担当者②　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 |
| 所属・役職名 |
| 保有資格（資格の種類〈部門・分野〉、登録番号、取得年月日） |
| 資格の種類（部門・分野） | 登録番号 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職歴 | 実務経験年数年 |
| 業務経歴（業務名、発注者、業務概要、履行期間） |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ４ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |

* 発注者について、特定される情報を記載できない場合は、概要を記載してください。

例：千葉県内 自治体病院（〇床規模）、東京都内 民間病院（〇床規模）

（４）配置予定担当者③　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日現在

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 |
| 所属・役職名 |
| 保有資格（資格の種類〈部門・分野〉、登録番号、取得年月日） |
| 資格の種類（部門・分野） | 登録番号 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職歴 | 実務経験年数年 |
| 業務経歴（業務名、発注者、業務概要、履行期間） |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |
| ４ | 業務名 |  |
| 発注者 |  |
| 業務概要 |  |
| 履行期間 |  |

* 発注者について、特定される情報を記載できない場合は、概要を記載してください。

例：千葉県内 自治体病院（〇床規模）、東京都内 民間病院（〇床規模）

●表が足りない場合は適宜追加してください。