様式第４号

業務の実施体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名、所属、役職等 | | 実務経験年数・資格 | 今までに担当した業務、主な実績 |
| 統括責任者 | 氏名  （　　歳）  所属・役職 | | 実務経験年数  （　　年）  保有資格  ・  ・ |  |
| 主任担当者 | 氏名  （　　歳）  所属・役職 | | 実務経験年数  （　　年）  保有資格  ・  ・ |  |
| 担当者 | 氏名  （　　歳）  所属・役職 | | 実務経験年数  （　　年）  保有資格  ・  ・ |  |
| 担当者 | 氏名  （　　歳）  所属・役職 | | 実務経験年数  （　　年）  保有資格  ・  ・ |  |
| 担当者 | 氏名  （　　歳）  所属・役職 | | 実務経験年数  （　　年）  保有資格  ・  ・ |  |
| 再委託先 | | 再委託する業務の内容 | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |

※ 配置を予定している者について記入してください。

※ 業務の一部を再委託する場合は、委託先及び業務の内容を記入してください。

※ 本業務と同種又は類似の業務経歴等がある場合は記載してください。公立又は公的病院の再編（又は統合）に従事した場合も記載してください。

※ 記入欄が不足する場合は、適宜追加して作成してください。