（様式８号）

**実 施 体 制 調 書**

**担当者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | | | 兼務件数 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | | | 経験年数 |  |
| 担当業務 |  | | | | |
| 所有資格 |  | | | | |
| 業 務 実 績 | | | | | |
| 発注病院名 | | 年度 | 業務名称 | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |

**担当者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | | | 兼務件数 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  | | | 経験年数 |  |
| 担当業務 |  | | | | |
| 所有資格 |  | | | | |
| 業 務 実 績 | | | | | |
| 発注病院名 | | 年度 | 業務名称 | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |
|  | |  |  | | |

* 総括責任者以外に本業務の担当として配置予定の者について記入してください。
* 兼務件数は、本業務の履行期間において兼務となる他機関からの受託件数について記入してください。
* 担当者の数に応じて複写して作成してください。
* 体制・配置表等、必要に応じて資料を添付してください。