（様式第４号）

配置予定者調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．統括責任者調書 | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | |
| 年　齢 | |  | | | | | | | | |
| 所　属 | |  | | | | | | | | |
| 保有資格 | | （資格名、取得年月を記入） | | | | | | | | |
| 担当業務実績 | | 有　・　無　（該当する方に◯をつけること。） | | | | | | | | |
| 業務名称 | | 病院名 | | 設立主体 | 病床数 | 業務期間  （年月） | | 統合再編の有無 |
|  | |  | |  |  |  | |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |
| ２．担当者調書 | | | | | | | | | | |
| 役割 | 氏名 | | 年齢 | | 所属 | 保有資格  （資格名、取得年月） | | | 類似業務実績の有無 | |
|  |  | |  | |  |  | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | | |  | |