（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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |