（様式第５号）

配置予定者調書

（会社等名）

１．統括責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 所属・役職 |  |
| 保有資格 | 資格名 | 取得年月日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 統括責任者としての業務実績 | 病院名 | 一般病床数 | 当該病院の統合の有無 | 業務内容 | 業務期間 |
|  |  | 有・無 |  | 　　　年　　月～　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 　　　年　　月～　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 　　　年　　月～　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 　　　年　　月～　　　年　　月 |
|  |  | 有・無 |  | 　　　年　　月～　　　年　　月 |

２．担当者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当内容 | 氏名 | 生年月日 | 所属・役職 | 保有資格 | 業務実績 | 業務期間 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

３　業務体制等

|  |  |
| --- | --- |
| 委託者との定例打ち合わせ会議の開催頻度 | （記載例：週○回程度） |
| 委託先への職員の派遣の有無 | 有・無 | （有の場合、人数を記入）　　　　　　　　　名 |
| 職員派遣の頻度 | （記載例：週○回程度） |