様式第５号

　総括責任者の資格・業務実績調書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | | 生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） | | |
| 所属組織 | | | | | |
| 保有資格等   * （登録番号：　　　　　　　　　）　（取得年月日：　　　年　　月　　日）   ・　　　　　　　（登録番号：　　　　　　　　　）　（取得年月日：　　　年　　月　　日）  ・　　　　　　　（登録番号：　　　　　　　　　）　（取得年月日：　　　年　　月　　日） | | | | | |
| 主要業務実績 | | | | | |
| 業　務　名 | 業務内容 | 発注者 | 病床数 | 委託金額 | 履　行　期　間 |
|  |  |  |  |  | 平成　年　月～ |
|  |  |  |  |  | 平成　年　月～ |
|  |  |  |  |  | 平成　年　月～ |
|  |  |  |  |  | 平成　年　月～ |
|  |  |  |  |  | 平成　年　月～ |
| 備考   * 保有資格取得年月日及び提出者との雇用年月を証明する書類等を添付してください。 * 主要業務実績は総括責任者の立場で携わった実績を記載して下さい。 * 実績は最大5件までとしてください。 * 履行期間は、平成18年4月1日から令和3年3月31日までに受託したものを記載してください。 | | | | | |