様式 ９

配置予定の担当者の経歴等の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年齢 |  | 業務年数 |  |
| 保有資格 | ・ | 取得年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| ・ | 取得年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| ・ | 取得年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 同種業務の実績 | ① | ② | ③ |
| 業務名 |  |  |  |
| 契約の相手方 |  |  |  |
| 履行期間 |  |  |  |
| 病床数 | 　　　床 | 　　　床 | 　　　床 |
| 業務概要 |  |  |  |
| 参加表明日現在、受け持っている他業務の有無 |
| 有　・　無　　　※有の場合，以下の欄についても記入すること。（全　　　件） |
| 業務名 | 契約の相手方 | 履行期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注１：記入欄が不足する場合は、必要に応じて行を追加してください。