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。