

## 統括責任者（業務責任者）の経歴書

|       |   |
|-------|---|
| 役職・氏名 | 印 |
| 生年月日  |   |
| 経歴    |   |
|       |   |
|       |   |
|       |   |
|       |   |

## 過去5年以内の滅菌業務の実務実績

|      |  |
|------|--|
| 契約件名 |  |
| 発注者名 |  |
| 履行場所 |  |
| 履行期限 |  |
| 病床数  |  |

|      |  |
|------|--|
| 契約件名 |  |
| 発注者名 |  |
| 履行場所 |  |
| 履行期限 |  |
| 病床数  |  |

|      |  |
|------|--|
| 契約件名 |  |
| 発注者名 |  |
| 履行場所 |  |
| 履行期限 |  |
| 病床数  |  |

※統括責任者の雇用関係を公的に証するものの写し（健康保険被保険者証等）を添付すること。