

## 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	

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。