（様式２）

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。