業　務　実　施　体　制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 役職 | 氏名 | 実務経験年　　数 | 関連資格 | 経歴 | 本業務における役割 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

※本業務に従事予定の担当者について記入すること。

※経歴については、特定健診受診勧奨事業に関連する業務の実績について記入すること。

※必要に応じた行の追加、配置図等の添付可。