（別記様式５）

総括責任者の業務実績調書

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 所属・役職 |  | 保有資格 |  |
|  |  | 類似業務の経験年数 | 年 |
| 業務名 | 病床数 | 履行期間 | 業務内容 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |
|  |  |  | □総括責任者　　　　　　　　□医療機器・備品等整備計画　　　　　　　　　　□医療情報システム整備計画　　　　　　　　　　□移転計画 |

※ 　保有している資格証の写しを添付してください。業務遂行中の案件も可能とします。