（様式10）

業務責任者等調書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 業務責任者　　　　　・　　　　　副責任者 | | | | |
| 氏名 |  | 年齢 | 才 | 実務  経験年数 | 年 |
| 資格等 |  | | | | |
| 業務管理  実績 | 病院名（病床数） | （　　　　　　　床） | | | |
| 従事期間 | 年　 　月～　　　　年　 　月 | | | |
| 病院名（病床数） | （　　　　　　　床） | | | |
| 従事期間 | 年　 　月～　　　　年　 　月 | | | |
| 病院名（病床数） | （　　　　　　　床） | | | |
| 従事期間 | 年　 　月～　　　　年　 　月 | | | |
| 立上業務  実績 | 病院名（病床数） | （　　　　　　　床） | | | |
| 従事期間 | 年　 　月～　　　　年　 　月 | | | |
| 病院名（病床数） | （　　　　　　　床） | | | |
| 従事期間 | 年　 　月～　　　　年　 　月 | | | |
| 病院名（病床数） | （　　　　　　　床） | | | |
| 従事期間 | 年　 　月～　　　　年　 　月 | | | |

※資格の保有状況を確認できる書類を添付すること。

※業務責任者と副責任者の調書をそれぞれ作成すること。

※実績は、業務責任者又は副責任者としての実績を記載すること。

※「資格等」の項で、資格がないときは、なしと記入すること。