【様式第７号】

※病院からお知らせする記号をご記入ください。

受付コード：

管理責任者の経歴及び実績等

|  |
| --- |
| 本業務における役割： |
| 氏　　名： | 生年月日：　　　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 所属・役職： |
| 業務経験年数：　　　年 | 資格等： |
| 業務実績（最近の主要なもの） |
| No | 業務名 | 発 注 者 | 履行期間 | 業務概要（担当した役割等） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 手持ち業務の状況（令和　　年　　月　　日現在） |
| No | 業務名 | 発 注 者 | 履行期間 | 業務概要（担当した役割等） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| その他の経歴（業務表彰等） |
|  |
| 本業務に関するアピールポイント |
|  |

※　「業務概要」欄には、当該業務において担当した役割を記載してください。

※　必要に応じて行の高さや行数を調節してください。