様式４

**業務実施体制調書**

【地域福祉計画分】

管理技術者（管理責任者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

担当技術者（担当者）１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

担当技術者（担当者）２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

※１ 担当技術者（担当者）が１名しかいない場合は１名のみ記入し、いない場合は空欄としてください。

※２ 本調書提出時点での内容を記載してください。

※３ 用紙が不足する場合はコピーしてください。

様式４

**業務実施体制調書**

【障害者基本計画・障害福祉計画・障害児福祉計画分】

管理技術者（管理責任者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

担当技術者（担当者）１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

担当技術者（担当者）２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

※１ 担当技術者（担当者）が１名しかいない場合は１名のみ記入し、いない場合は空欄としてください。

※２ 本調書提出時点での内容を記載してください。

※３ 用紙が不足する場合はコピーしてください。

様式４

**業務実施体制調書**

【高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画分】

管理技術者（管理責任者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

担当技術者（担当者）１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

担当技術者（担当者）２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 担当する業務内容 |
| 年　　　　齢 | 歳 |  |
| 所　　　　属 |  |
| 役　　　　職 |  |
| 実務経験年数 | 年 |

※１ 担当技術者（担当者）が１名しかいない場合は１名のみ記入し、いない場合は空欄としてください。

※２ 本調書提出時点での内容を記載してください。

※３ 用紙が不足する場合はコピーしてください。