様式第９号

業 務 実 施 体 制 確 認 調 書

参加者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| プロジェクトマネージャ(業務責任者) | 役職 | 実務経験年数 | 本業務で担当する業務 |
|  | 　　　　　　　年 |  |
| 氏名 | 導入実績※1 |
|  | 　　　　　　　件 |
| 資格（所有する全てを記入する） |
|  |  |
| 業務従事者1 | 役職 | 実務経験年数 | 本業務で担当する業務 |
|  | 　　　　　　　年 |  |
| 氏名 | 導入実績 |
|  | 　　　　　　　件 |
| 資格（所有する全てを記入する） |
|  |
| 業務従事者2 | 役職 | 実務経験年数 | 本業務で担当する業務 |
|  | 　　　　　　　年 |  |
| 氏名 | 導入実績 |
|  | 　　　　　　　件 |
| 資格（所有する全てを記入する） |
|  |
| 救急医療アドバイザー | 役職 | 医師勤務年数 | 本業務で担当する業務 |
|  | 　　　　　　　年 |  |
| 氏名 |  |
|  |

※1　プロジェクトマネージャとして同等の規模以上の導入実績件数を記載すること。

※2　記入欄が不足する場合は、適宜追加して記載すること。