(様式６－１)

実　施　体　制　調　書

事業者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配置予定者 | 所属・役職・氏名 | 実務経験年数・資格 | 担当する業務内容 |
| 管理責任者 | 所属  役職  氏名 | 実務経験年数  年  資格  ・  ・ |  |
| 担当者１ | 所属  役職  氏名 | 実務経験年数  年  資格  ・  ・ |  |
| 担当者２ | 所属  役職  氏名 | 実務経験年数  年  資格  ・  ・ |  |
| 担当者３ | 所属  役職  氏名 | 実務経験年数  年  資格  ・  ・ |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡調整を行う  事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 連絡担当部署 |  | 連絡担当者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | |

注１：「配置予定者」の記入欄が不足するときは複写して記入してください。

注２：「配置予定者」に記載した者全員について、健康保険被保険者証の写しを提出してください。

又、記載した「資格」について、それを証明する書類の写しを添付してください。

注３：事業者の履歴事項全部証明書(作成日が提出時より２週間以内のもの)を添付してください。