

(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	実務経験年数 年	
	役職	資格 ・	
	氏名	・	
担当者1	所属	実務経験年数 年	
	役職	資格 ・	
	氏名	・	
担当者2	所属	実務経験年数 年	
	役職	資格 ・	
	氏名	・	
担当者3	所属	実務経験年数 年	
	役職	資格 ・	
	氏名	・	

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		
	メールアドレス		

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(作成日が提出日より2週間以内のもの)を添付してください。