（様式２）

**業　務　実　施　体　制　調　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　実　績　調　書  （過去３年間の介護予防・高齢者保健福祉に係る分析業務及び  各種福祉計画等策定等に係る伴走支援、コンサルティングの実績を記入してください。） | | | |
| 業 務 名 | 発 注 者 | 業　　務　　内　　容 | 実 施 期 間 |
|  |  |  | 年　　月  ～  　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月  ～  　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月  ～  　　年　　月 |
|  |  |  | 年　　月  ～  　　年　　月 |
| 注1）業務内容は、主になる業務内容を記入してください（４業務まで）。  注2）過去３年間に実績がない場合は、過去５年間の実績を記入してください。 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者の経歴及び実績等調書 | | | | | | | | |
| 責　任　者 | | | | | | | | |
| (かな)  氏名 |  | | 所属・役職 |  | | 実務経験年数 | |  |
| 同 種 業 務 経 歴（過去５年間の実績） | | | | | | | | |
| 業務名称 | | 業務概要・業務の技術的特長・当該技術者の担当内容 | | | 発注者 | | 実施期間 | |
|  | |  | | |  | | 年　 月  ～  　年　 月 | |
|  | |  | | |  | | 年　 月  ～  　　　 年　 月 | |
|  | |  | | |  | | 年　 月  ～  　　　 年　 月 | |
| 担　当　者 | | | | | | | | |
| (かな)  氏名 |  | | 所属・役職 |  | | 実務経験年数 | |  |
| 同 種 業 務 経 歴（過去５年間の実績） | | | | | | | | |
| 業務名称 | | 業務概要・業務の技術的特長・当該技術者の担当内容 | | | 発注者 | | 実施期間 | |
|  | |  | | |  | | 年　 月  ～  　年　 月 | |
|  | |  | | |  | | 年　 月  ～  　　　 年　 月 | |
|  | |  | | |  | | 年　 月  ～  　　　 年　 月 | |
| 注）業務実績調書に準じ、担当内容には主になる業務内容を記入してください（３業務まで）。 | | | | | | | | |