（様式８号）

業務実施体制表

事業者名

１　業 務 名　　「洲本市高齢者保健福祉計画及び第10期介護保険事業計画」及び「洲本市障害者基本計画他２計画」策定支援業務委託

２　実施体制

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当者氏名 | 所属・役職 | 担当業務内容 | 同種・類似業務  従事年数 | 同種・類似業務実績  及び役割 | 保有資格  (関連資格を記入) |
|  |  | 統括責任者 |  |  |  |
|  |  | 担当者 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※　配置を予定しているもの全員について記入すること。

※　同種・類似業務実績は平成31年4月1日～令和６年3月31日までに完了した５年以内の業務実績を記入すること。

２　組織体制図

|  |
| --- |
|  |

※統括責任者を含む各担当者の役割、緊急時や繁忙期のサポート体制を明示した組織図を記載してください。