|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 |  |

**【物品調達】人員配置に関する情報**

* 配置予定している内容を下記に記載すること。
* 氏名記載：任意
1. **物品センター人員配置の有無**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人員配置（該当項目に☑） | □あり　　□なし | 配置人数 | 　　　　　名 |
| 人員配置 | 曜日 |  |
| 時間 |  |

別表（任意）添付による詳細提出可

1. **責任者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 所属・役職 |  |
| 業務経験年数 |  | 資格等 |  |
| 他病院での業務経験 |
| No | 病院名 | 勤務期間 | 業務概要・役職 |
| 1 |  | 年　月　日～　年　月　日 |  |
| 2 |  | 年　月　日～　年　月　日 |  |

1. **副責任者（2名以上の場合、欄を追加して記載のこと）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 所属・役職 |  |
| 業務経験年数 |  | 資格等 |  |
| 他病院での業務経験 |
| No | 病院名 | 勤務期間 | 業務概要・役職 |
| 1 |  | 年　月　日～　年　月　日 |  |
| 2 |  | 年　月　日～　年　月　日 |  |

1. **その他特記事項等**

|  |
| --- |
|  |

※　欄が不足する場合は、別途一覧表を提出してください。

※　勤務期間が継続中の場合は、「～現在に至る」と記載してください。