（様式第7号）

※記入欄が不足する場合は、適宜追加・拡大してください

**統括責任者及び担当者の業務実績**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入例 | 氏名 | 〇〇　〇〇 |
| 所属・役職 | 〇〇整形外科リハビリテーション科　主任 |
| 専門業務、  保有資格等 | 理学療法士、運動器認定理学療法士 |
| 業務経験年数 | 通算：　１０年　　　現在の部門：　１０年 |
| 従事分野の経歴等 | 整形外科リハビリテーション　8年  通所リハビリテーション　2年  短期集中予防サービス　3年 |
| 特記事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 統括責任者 | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 専門業務、  保有資格等 |  |
| 業務経験年数 | 通算：　　　　年　　　現在の部門：　　　　年 |
| 従事分野の経歴等 |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主た  る  担当者  １ | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 専門業務、  保有資格等 |  |
| 業務経験年数 | 通算：　　　　年　　　現在の部門：　　　　年 |
| 従事分野の経歴等 |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者  ２ | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 専門業務、  保有資格等 |  |
| 業務経験年数 | 通算：　　　　年　　　現在の部門：　　　　年 |
| 従事分野の経歴等 |  |
| 特記事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者  ３ | 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 専門業務、  保有資格等 |  |
| 業務経験年数 | 通算：　　　　年　　　現在の部門：　　　　年 |
| 従事分野の経歴等 |  |
| 特記事項 |  |