

配置予定の業務責任者等調書（手術室ピッキング業務）

住所
商号又は名称
代表者職氏名

印

項 目		業務責任者等	
氏 名			
法令等による資格名称 登録年月日		名称 登録（取得）年月日	年 月 日
業 務 経 験	業 務 名 及び 期 間		
	上記業務における 従事時の役職名		

※ 上記業務責任者等の雇用関係を証する書類（写）を添付すること。