（様式５）

令和　　年　　月　　日

**大分県立病院第3期病院総合情報システム（基幹ネットワーク）調達**

**業務実施体制**

商号又は名称：

代表者氏名　：　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当部門　　：

担当者氏名　：

電話番号　　：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| プロジェクト  マネージャー | （予定者名） | （所属・役職名） | （経験年数） |
| （主な業務実績）  （保有資格） | | （担当する業務） |
| プロジェクト  リーダ | （予定者名） | （所属・役職名） | （経験年数） |
| （主な業務事績）  （保有資格） | | （担当する業務） |
| プロジェクト  サブリーダ | （予定者名） | （所属・役職名） | （経験年数） |
| （主な業務実績）  （保有資格） | | （担当する業務） |

※１　「所属・役職名」欄には、企業名も記載すること。

※２　「主な業務実績」欄には、具体的な病院名・病床数、その時の役割も明記すること。

※３　記入欄は、必要に応じて行を追加して記入すること。