様式第３号

業務実績及び業務実施体制調書

１．業務担当責任者（※必ず選任してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 担当業務履歴  その他  著作物や  特筆すべき業績  等があれば |  |
| 資格・特技等 |  |

２．業務実績

第８期及び第９期において、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務を、責任者または担当者として遂行した実績を記入してください（都道府県策定にかかる介護保険事業支援計画は対象外とします。）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業計画期  第　●　期 | 委託者  （市区町村名） | 担当業務の範囲 | 特記事項 | 責任者・担当者の別 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |
| 第　　期 |  |  |  | □責任者 □担当者 |

３．業務担当者（※必ず選任してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 担当業務履歴  その他  著作物や  特筆すべき業績  等があれば |  |
| 資格・特技等 |  |

４．業務実績

第８期及び第９期において、高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定業務を、担当者として遂行した実績について、記入してください（都道府県策定にかかる介護保険事業支援計画は対象外とします。）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業計画期  第　●　期 | 委託者  （市区町村名） | 担当業務の範囲　　　　　　　※記載例：アンケート調査、計画策定等 | 特記事項 | 主たる・補助　の別 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |
| 第　　期 |  |  |  | □主　□補助 |

５．業務のサポート体制等について

　業務担当責任者、担当者が本件業務に従事するにあたり、繁忙期に業務をサポートし、或いは細分化された専門分野の担当部署等を設けることにより、担当責任者等を支援する仕組みや機構があれば示してください。

６．作業工程（スケジュール）について

　業務仕様書の内容を確認のうえ、業務実施スケジュールを記載してください（別紙で任意様式添付も可）。

　※　記入欄の大きさは必要に応じて変更してください。