

(様式6-1)

実施体制調書

事業者名

配置予定者	所属・役職・氏名	実務経験年数・資格	担当する業務内容
管理責任者	所属 役職 氏名	実務経験年数 年 資格 ・ ・	
担当者1	所属 役職 氏名	実務経験年数 年 資格 ・ ・	
担当者2	所属 役職 氏名	実務経験年数 年 資格 ・ ・	
担当者3	所属 役職 氏名	実務経験年数 年 資格 ・ ・	

連絡調整を行う 事業所名			
所在地			
連絡担当部署		連絡担当者名	
連絡先	電話番号		
	FAX番号		
	メールアドレス		

注1: 「配置予定者」の記入欄が不足するときは複写して記入してください。

注2: 「配置予定者」に記載した者全員について、健康保険被保険者証の写しを提出してください。  
又、記載した「資格」について、それを証明する書類の写しを添付してください。

注3: 事業者の履歴事項全部証明書（作成日が提出日より2週間以内のもの）を添付してください。