様式第５号－１

介護施設・事業所認証評価制度構築コンサルティング業務委託

企画提案書

令和　　年　　月　　日

参加者　　所　 在　 地

商号又は名称

代表者職氏名

担当者　　所属部署名

氏　　　　名

電話番号

ＦＡＸ番号

Ｅ－ｍａｉｌ

様式第５号－２

業務実施体制（令和　年度）

【総括責任者】

役職名　[　　　　　　　　　　]

氏　名

【　　　　　　　業務責任者】

役職名　[　　　　　　　　　　]

氏　名

【　　　　　　　業務責任者】

役職名　[　　　　　　　　　　]

氏　名

【　　　　　　　業務担当者】

役職名　[　　　　　　　　　　]

氏　名

【　　　　　　　業務担当者】

役職名　[　　　　　　　　　　]

氏　名

その他社員

名

その他社員

名

※本様式は、記載事項の変更を伴わない範囲で適宜変更して差し支えない。