（様式Ⅲ）

**業務従事者の業務経歴等報告書**

令和　　年　　月　　日

奈良県立病院機構　理事長職務執行者

副理事長　岡野　年秀　殿

住　　　　 所

商号または名称

代 表 者 氏 名　　　　　　　　印

業務従事者の経歴等について、下記のとおり報告します。

記

１．運用保守管理責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（生年月日） |  |
| 所属（会社名及び部署名） |  |
| 採用年月日 |  |

○業務経歴状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国（省庁等）  地方公共団体名 | 従事期間  （勤務期間） | 業務内容 |
|  |  |  |

２．開発責任者（プロジェクトマネージャー）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（生年月日） |  |
| 所属（会社名及び部署名） |  |
| 採用年月日 |  |

○業務経歴状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 国（省庁等）  地方公共団体名 | 従事期間  （勤務期間） | 業務内容 |
|  |  |  |

以上

　※業務遂行にあたって有意義である資格がある場合は添付して下さい。