

業務の推進体制

事業者名 _____

代表者 _____

総括責任者	氏名		年齢		職名	
	資格		業務実績件数		件	
			担当予定業務			
	実務経験年数	年				
業務担当者	氏名		年齢		職名	
	資格		業務実績件数		件	
			担当予定業務			
	実務経験年数	年				
	氏名		年齢		職名	
	資格		業務実績件数		件	
			担当予定業務			
	実務経験年数	年				
	氏名		年齢		職名	
	資格		業務実績件数		件	
			担当予定業務			
	実務経験年数	年				
	氏名		年齢		職名	
	資格		業務実績件数		件	
			担当予定業務			
	実務経験年数	年				
氏名		年齢		職名		
資格		業務実績件数		件		
		担当予定業務				
実務経験年数	年					

※配置予定者を全員記入してください。

※実務経験年数は担当業務に携わった年数を記入してください。

※西宮市シニア向けライフスタイル紙制作及びこれに類する業務の実績件数を記入してください

※業務担当者が複数の場合は、主となる担当者の方に○印をつけてください。