（様式6）　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

管理責任者の資格及び経験

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 年齢 | 歳 |
| 住所(市区町村まで) |  | | | |
| 資格・免許等の名称　※1 | | 登録番号 | 取得年月日 | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| 業務経歴　※2 | | | | |
| 病院名 | （病床数）　　　　床 | | | |
| 期間 |  | | | |
| 役職 |  | | | |
| 業務概要 |  | | | |
| 病院名 | （病床数）　　　　床 | | | |
| 期間 |  | | | |
| 役職 |  | | | |
| 業務概要 |  | | | |
| 病院名 | （病床数）　　　　床 | | | |
| 期間 |  | | | |
| 役職 |  | | | |
| 業務概要 |  | | | |

※1：「資格・免許等の名称」は、本業務に関する国家資格等の主なものを記人すること

※2：「業務経歴」は、過去の業務経歴の内、直近3 件以内で記人すること