

業務実施体制調書

1. 統括責任者

統括責任者名		実務経験年数	
本業務での担当業務内容			
市町村「障害者計画・障害福祉計画」策定支援にか かる業務実績	自治体名		
	時 期	年 月から	年 月まで
	業 務 名		
	業 務 内 容		
	自治体名		
	時 期	年 月から	年 月まで
	業 務 名		
	業 務 内 容		
その他自治体の 計画策定支援に かかる業務実績	自治体名		
	時 期	年 月から	年 月まで
	業 務 名		
	業 務 内 容		

2. 主任担当者

主任担当者名		実務経験年数	
本業務での担当業務内容			
市町村「障害者計画・障害福祉計画」策定支援にか かる業務実績	自治体名		
	時 期	年 月から	年 月まで
	業 務 名		
	業 務 内 容		
	自治体名		
	時 期	年 月から	年 月まで
	業 務 名		
	業 務 内 容		
その他自治体の 計画策定支援に かかる業務実績	自治体名		
	時 期	年 月から	年 月まで
	業 務 名		
	業 務 内 容		

※契約期間中を通して本件業務に従事できる統括責任者、及び主任担当者を記載してください。

※実務経験年数は、計画分野における経験年数とする。

※市町村「障害者計画・障害福祉計画・障害児福祉計画」策定支援にかかる業務実績については、最新のものから順に2件、その他自治体の計画策定支援にかかる業務実績については最新のもの1件記入してください。(いずれも履行中のものを含む。)