（様式５：業務責任者の経歴等）

業務責任者の経歴等

（１）業務責任者の氏名、居住地、年齢

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 居住地※町名までの記載で可 |  |
| 年齢 |  |

（２）業務責任者が保有する資格

　※本書提出時点で取得予定のもの又は失効しているものは記載不可。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 資格名称 | 主催団体 | 取得年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（３）業務責任者の経歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名称 | 従事内容 | 従事期間 |
| （記載例）○○病院 | ・総合受付業務・診療報酬請求業務 | ２０１７年４月～２０１８年３月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |