**（様式３号）**

**業　務　実　施　体　制**

**１　業務責任者について**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務責任者 | 氏名 |  | 年齢 |  | 担当業務 |  |
| 従事期間 |  | 同種業務実績の有無 | | 詳細は様式第4号のとおり | |
| 資格 | ・  ・ |  | |  | |
| 本市又は近畿圏内政令指定都市・中核市における 業務実績の有無 | | | | 詳細は様式第4号のとおり | |

※従事期間は、同受付業務等全般の実務経験年数を記載すること

※業務実績は、過去５年間（平成29年度から令和３年度まで）を対象とする

※同種業務とは、障害者虐待の通報受付窓口業務を指す

※資格については、当業務において必要と思われる資格のみ記入すること

**２　その他従事者（オペレータ等）について**

|  |  |
| --- | --- |
| （１）従事者数について | 人 |
| （２）同種業務経験人数について | 人（５年以上の者） |
| （３）有資格者数（※）について | 人 |
| （４）（３）における資格の種類について | ・  ・  ・ |

**３　業務体制組織図とその特徴について**