（様式４）

**専　門　技　術　資　格　者**

|  |  |
| --- | --- |
| 資 格 等 の 名 称 | 本業務委託において従事させることが見込める人数 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |

※　必要資格を証する書面の写しを添付してください。

　上記のとおり相違ありません。

　 　令和　　年　　月　　日

南和広域医療企業団

　企業長　森川　東　様

住　所

法人名

代表者名 　 　 　　　印