（様式４）

**専　門　技　術　資　格　者**

|  |  |
| --- | --- |
| 資 格 等 の 名 称 | 南奈良総合医療センター清掃業務委託  において従事させることが見込める人数 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |
|  | 名 |

※　病院清掃受託責任者の資格を証する書面の写しを添付してください。それ以外の資格については必須ではありません。

　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