**業務実施体制**

事業者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名  年齢（経験年数） | 同種業務実績（※） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※令和２年度以降に履行した、同種の業務（老人福祉計画や介護保険事業計画の策定支援、ニーズ調査等）又は瀬戸市での計画策定業務の主な契約実績を記入してください。