従事予定者名簿

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人

広島市社会福祉事業団　理事長　様

　　　住所（所在地）

　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり、従事予定者を提出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | | 広島市心身障害者福祉センターデイサービス給食サービス業務 | | |
| 従事予定者 | 資 格 名 | | 氏　　　　名 | 資格登録番号 |
| 栄養士 | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

（※）管理栄養士、栄養士、調理師の資格を有する者については、免許証等の写しを添付すること。