

令和2年度尼崎市国民健康保険

特定保健指導完了率向上に向けた保健指導業務

参加表明書

令和2年 月 日

尼崎市長 様

みだしのことについて、次のとおり提出します。

事業者名	
事業者登録番号（※1）	
代表者氏名	
担当者氏名	
担当者所属部署名	
所在地	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス（※2）	

（※1）本市の競争入札参加有資格者録済みの場合のみ。本市ホームページ内の「平成30・31年度登録業者名簿」で確認できます。

（※2）必須。各社からの質問があった際に電子メールにて回答します。