（様式２）

令和６年度尼崎市国民健康保険特定健診受診率

向上対策等業務委託にかかるプロポーザル参加表明書

令和　　年　　月　　日

　尼　崎　市　長　あて

当事業者は、尼崎市国民健康保険特定健診受診率向上対策等業務委託のプロポーザルに参加します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業者登録番号（※1） |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 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名簿（令和４・５年度）登録済みで、同名簿（令和６・７年度）においても登録予定の場合のみ。

（※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。