様式第１号

平成　　年　　月　　日

いの町長　　様

商号又は名称　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所在地

電話番号

参　　加　　表　　明　　書

いの町国民健康保険特定保健指導業務委託のプロポーザルに関係書類を添えて参加を希望します。

なお、地方自治法施行令（昭和22 年政令第16 号）第167 条の4 の規定に該当しない者であることを誓約します。

担当者連絡先

所属：

役職：

氏名：

電話番号：

電子メール：