（様式１）

令和　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

参　加　意　向　申　出　書

　次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：国民健康保険特定健康診査・特定保健指導勧奨業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail