

(様式第 1 号)

応募申込書

受付番号

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

事業者名

代表者職氏名

印

令和7年度仙台市国民健康保険特定保健指導(積極的支援等)業務事業者募集にあたり、下記のとおり応募します。

記

1. 実施形態 (該当する項目に○をつける)

- ・施設型 (遠隔個別相談の対応 : あり ・ なし)
- ・非施設型 (遠隔個別相談の対応 : あり ・ なし)
- ・遠隔型

※形態が異なる場合は, 複数申込可(形態ごとに様式第 1 号を 1 枚ずつ記入)

2. 提出書類

様式第 10 号「応募書類確認票」にチェックしたとおり

3. 特定保健指導機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. 担当者連絡先

氏名		電話番号	
部署・職名			
E メールアドレス			