

(様式第9号)

再委託申請書

年 月 日

(あて先)仙台市長

住所
受注者
氏名

印

下記業務委託契約について、再委託を行いたいので申請します。

記

1 委託業務名 令和7年度仙台市国民健康保険特定保健指導(血糖特化型)

2 再委託を行う業務

3 再委託を行う理由

4 個人情報取り扱いの有無 個人情報 有()・無()
※有の場合その内容

5 再委託先

- (1) 住所
- (2) 氏名
- (3) 電話番号

6 再委託予定期間

7 再委託予定額 1件あたり 〇,〇〇〇円(税抜)