（様式５）

　　　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

提　案　書

　次の件について、提案書を提出します。

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