（様式第１号）

令和７年度高松市特定健康診査及び後期高齢者医療健康診査に係る

未受診者受診勧奨業務委託

提案公募参加申込書

令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

（主となる事業者）

所在地

商号又は名称

代表者

※（責任者　　 部署名

氏名　　　　　　　　　　 )

主担当者

電話

FAX

E-mail

「令和７年度高松市特定健康診査及び後期高齢者医療健康診査に係る未受診者受診勧奨業務委託に関する提案公募要領」に基づき、この業務を受託したいので、関係書類を提出し、申し込みます。

※　代表者印の押印に代えて責任者の部署名及び氏名の記載を可とします。押印のない提案公募参加申込書を提出する場合は、責任者（事務を担当する部門の長）の部署名及び氏名等をフルネームで記載してください。