

宮崎県福祉保健部国民健康保険課運営担当 中野行き  
( F A X : 0 9 8 5 - 4 4 - 2 6 0 9 )

## 企画提案競技 参加申込書

(市町村国保データ活用人材育成事業業務委託)

会社名	
代表者職氏名	
担当者氏名	
電話番号	
F A X 番号	
電子メールアドレス	
参加者数	

※ 確認のため、電子メール又はファックス送信後に必ず電話連絡をお願いします。  
(電話 : 0 9 8 5 - 4 4 - 2 6 0 8)

## 実績調査票

1 過去5年間（令和元年度～令和5年度）の都道府県や市町村、国保連合会との同種、類似事業受託実績を3程度御記入ください。

業務名			
委託先			
履行期間			
契約金額			
業務内容			

2 本事業に関連した貴社の強みや独自の取組等ございましたら御記載ください。

--