

(様式5)

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

所 在

事業者名

印

代 表 者

企 画 提 案 書

泉佐野市国民健康保険診療報酬明細書等点検業務委託募集要項及び泉佐野市国民健康保険診療報酬明細書等点検業務委託仕様書に基づき提案します。

連絡先

【所 在】〒

【担 当 部 署】

【役 職 名】

【担 当 者 名】

【電 話 番 号】

【F A X 番号】

【E - m a i l】