

令和 年 月 日

(宛先)

京都市保健福祉局生活福祉部保険年金課

団体名

所在地

代表者

⑩

電話番号

担当者

参加意向確認書

下記の業務に係る参加資格を有しており，提出します。

記

京都市国民健康保険特定保健指導業務

※ 提出後の変更はできませんので御注意ください。