別紙２

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　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。