

様式 2

「京都市国民健康保険及び後期高齢者医療制度収納事務労働者派遣業務」に係る
公募型プロポーザル

運 営 実 績 申 告 書

業務名	
発注者	
実施年月	
業務の概要	

業務名	
発注者	
実施年月	
業務の概要	

上記について、事実と相違ありません。

事業者名

代表者氏名
(記名押印又は署名)
