様式１

参 加 表 明 書

令和　　年　　月　　日

交野市長　山本　景　様

住　　所

事業者名

代 表 者

参加する事業の番号に丸をつけてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業名 | 1 | 糖尿病性及び高血圧性腎症重症化予防事業（国保） |
| 2 | 生活習慣病及び介護予防における保健指導事業（国保） |
| 34 | 重複多剤服薬予防事業及び服薬治療中断者への支援事業（国保）重複服薬予防事業及び糖尿病性腎症重症化予防事業対象者選定（後期） |

|  |
| --- |
|  連 絡 先 |
| 住　所 |  |
| 事　業　者　名 |  |
| 所属部署名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ファックス番号 |  |
| メールアドレス |  |

上記事業の公募型企画提案審査に参加いたしますので、誓約書を添えて参加表明書を提出いたします