（様式１）

令和７年　　月　　日

「国民健康保険加入者　特定健診受診勧奨コールセンター事業」企画・運営等業務

企画提案参加申込書

福 井 県 知 事　様

所在地　〒

名称

代表者　役職・氏名 印

このことについて、次のとおり関係書類を添付して応募します。

１　応募者の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の所在地 | |  |
| 担当者 | 役職・氏名 |  |
| 連絡先 | TEL: FAX:  E-MAIL |
| 設立年月日 | |  |
| 業種 | |  |
| 主な事業内容 | |  |
| 従業員数 | | 人（うち正社員　　　　　　人） |

２　添付書類

（１）企画提案参加資格誓約書（様式２）

（２）企画提案参加事業者の概要、事業内容、運営体制等がわかる書類（会社案内等）

（３）直近３期分の決算報告書（貸借対照表および損益計算書）の写し

（４）福井県税の滞納がない旨の証明書

（５）過去に実施した同種または類似業務の概要（様式３）