

(様式第 1 号)

応募申込書

受付番号

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

事業者名

代表者職氏名

印

令和7年度仙台市国民健康保険特定保健指導(血糖特化型)実施事業者募集にあたり、
下記のとおり応募します。

記

1. 提出書類

様式第 10 号「応募書類確認票」にチェックしたとおり

2. 特定保健指導機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 担当者連絡先

氏名		電話番号	
部署・職名			
E メールアドレス			