

# 参加表明書

令和 年 月 日

交野市長 黒田 実 様

住 所

事業者名

代 表 者

印

(参加する事業の番号に丸をつけてください)

事業名	1	糖尿病性腎症重症化予防事業（国保）
	2	早期介入保健指導事業（国保）
	3	健康教育事業（国保）
	4	ICT 活用型特定保健指導事業（国保）
	5・6	重複多剤服薬予防事業（国保）・重複服薬予防事業（後期）

上記事業のプロポーザル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。

担 当 者	
所属部署名	
担当者名	
電話番号	
ファックス番号	
E-Mail	