【様式７】

　令和　　年　　月　　日

宇和島市長　岡原　文彰　様

　（宇和島市保健福祉部保険健康課　行）

 所　 在　 地：

 商号又は名称：

 代表者職氏名：　　　　　　　　　　　印

提　案　書

下記業務について、提案書を提出します。

記

業 務 名：重複頻回受診等対策業務

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部署 |  |
| 担当者 | （職） |
| （氏名） |
| 電話番号 |  |
| ファックス |  |
| メールアドレス |  |