企画提案参加申請書

令和　　年　　月　　日

沖縄県国民健康保険団体連合会

　理事長職務代理者

副理事長　石　嶺　傳　實　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　郵便番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称又は商号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　沖縄県国民健康保険団体連合会保険者支援課が実施する下記の事業への企画提案に参加したいので、別紙書類を添付の上、申請します。

　なお、この申請書及び添付書類の記載事項は、事実に相違ありません。

記

○　件名　国民健康保険広報共同事業に関する効果検証事業