様式第８号（第19第２項）

企 　画　 提　 案　 書

令和　　　年　　　月　　　日

　長野県健康福祉部

健康増進課国民健康保険室長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の業務について、企画提案書を提出します。

記

１　対象業務名

　　市町村国保高血圧管理不良者支援事業

２　公告日

　　令和５年８月４日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　 氏 名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式第８号の附表

令和　　　年　　　月　　　日

企　画　書

提出者名

住　　所

|  |
| --- |
| ア　実施内容 |
| （業務内容に関する具体的な企画案） |
| （業務に関する知見及び経験） |
| イ　実施体制 |
| （業務の実施体制） |
| （個人情報の取扱い） |
| ウ　業務に要する経費及びその内訳 |
| ＊経費の合計額は、公告１（８）に示す費用の上限額以内となるようにしてください。 |
| エ　その他当該業務の目的を達するために有効な事項 |
|  |

※各項目のスペースは、必要に応じて拡大又は縮小して使用してください。また、上記項目が網羅されていれば、独自様式の提案書でも結構です。