令和６年度（2024年度）　佐世保市国民健康保険　特定保健指導業務参加届出書

　　年　　　月　　　日

佐　世　保　市　長　様

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次の業務にかかる事業に参加したいので、資料を添えて申出ます。なお、資料の内容については

事実と相違ないことを誓約します。

記

１　　業務名称

佐世保市国民健康保険　特定保健指導業務

２　　業務参加資格資料

　①特定保健指導従事者報告書**【別紙１】**

　②特定保健指導業務　受託資格要件に関する調書（※）**【別紙２】**

　　※②について

　　　「特定保健指導の外部委託に関する基準」（平成25年厚生労働省告示第92号）について遵守しない項目がある場合には、受託資格要件は満たさないものとします。

３　その他

　　　最近1年間において消費税及び地方消費税、佐世保市の法人市民税及び固定資産税を完納し

ていることを誓約します。

　　　　佐世保市に納税義務を有しない場合は、本店又は主たる営業所の所在地における市町村民税

及び固定資産税を完納しています。

４　連絡先

　　　担当者名

　　　電話番号