エントリーシート

成果連動型民間委託契約を活用した国民健康保険の特定健康診査受診率向上

に関するサウンディング型市場調査

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 法人名 |  | | | | | | |
| 法人所在地 |  | | | | | | |
| グループの場合  の構成法人名 |  | | | | | | |
| 対話の担当者 | 氏名 | |  | | | 所属法人名部署 |  |
| E-mail | | | |  | | |
| Tel | | | |  | | |
| ２ | 下記の対話の実施期間から対話の希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。  （３か所記入してください。） | | | | | | | |
| 月　　　日（　　） | | □午前　　　□午後　　　□どちらでも良い | | | | | |
| 月　　　日（　　） | | □午前　　　□午後　　　□どちらでも良い | | | | | |
| 月　　　日（　　） | | □午前　　　□午後　　　□どちらでも良い | | | | | |
| ３ | 対話参加予定者氏名 | | | | 所属法人名・部署・役職 | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |

※対話は、参加事業者のアイデア及びノウハウ保護ため、個別（非公開）に実施します。

※対話の実施期間は、令和４年８月1５日（月）～８月2６日（金）午前９時～午後５時（土日除く）とします。対話希望日を実施期間内で３か所記入してください。

※エントリーシート受領後、調整の上、実施日時及び場所をE-mailにて連絡します。（都合により希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。）

※対話に出席する人数は、１グループにつき、３名以内としてください。

※本事業は、多摩信用金庫と協働して実施しています。対話の際に立ち合いを予定していますが、市のみの対話をご希望の場合は、エントリーシート送付の際にその旨ご連絡ください。