

別紙

提出書類 2

契約番号：鹿児島 35

契約者名：喜界町

実施機関一覧表

健診・保健 指導機関 番号	実施機関名	郵便番号	所在地※1	電話番号 ※2	受託業務※3								
					特定健康診査					特定保 健指導			
					実施 形態※4		詳細項目 ※5			動 機 付 け 支 援	積 極 的 支 援	健 診 当 日 初 回	
					集 団 健 診	個 別 健 診	貧 血	心 電 図	眼 底				血 清 ク レ ア チ ン
4629529019	喜界町国民健康保険	〒891-6292	鹿児島県大島郡喜界町 大字湾1746番地	0997-65-3685	—	—	—	—	—	—	○	○	—

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。

※4 実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。

※5 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を記入。