

令和 年 月 日

見 積 書

代表保険者 御中

住 所：

機関名：

代表者：



(機関番号：

)

見積件名：特定保健指導業務委託

見積金額

支援区分	動機付け支援	積極的支援
支援コース名		
単 価(税込)	円	円
実施予定ポイント数		ポイント

* 複数の金額設定がある場合は、代表的な支援コースの金額を記入する

積極的支援の内容

提供	支援手法	実施 予定 者数 (名)	支援者資格	支援 時間 (分)	支援 ポイ ント (P)	備考

動機付け支援の内容

提供	支援手法	実施 予定 者数 (名)	支援者資格	支援 時間 (分)	支援 ポイ ント (P)	備考

[記載要領]

提供の有無	提供無し(初期値)=□、提供=■
支援手法	記載以外の支援を実施する場合は任意記載
実施予定者数	支援手法の実施予定者数を記入
支援者資格	「医師」「保健師」「管理栄養士」「看護師」「専門的知識のある者」のいずれかを記入
備考	任意記載