**質 問 票**

令和　年　月　日

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）法人等名称 |  |
|  |
| 連絡先 | 部署名： | Tel： |
| 担当者名： | Fax： |
|  |

**※　質問事項は、テーマ毎に要点をわかりやすく記入してください。**

**この質問票は令和元年８月23日(金)17時までに電子メール又はＦＡＸで送付して下さい。**

**送信先：横浜市医療局　医療政策課　支援施設担当**

**ＦＡＸ　　：０４５－６６４－３８５１**

**電子メール：ir-policy@city.yokohama.jp**