【様式13】

ＦＡＸ番号：045-664-0403

Ｅ－ｍａｉｌ：kf-entai@city.yokohama.jp

横浜市健康福祉局生活支援課援護対策担当

**質　問　書**

　　横浜市寿生活館の指定管理者公募要項等について、次のとおり質問事項を提出しま

す。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

団体名

担 当 者 名

電 話 番 号

ＦＡＸ番号

Ｅ-ｍａｉｌ

<質問内容>

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名等 | 【資料名】：　公募要項・その他（　　　　　　）【ページ・項目】： |
|  |  |

　※　受付期間：令和２年４月10日(金）午前９時から令和２年４月17日（金）午後５時まで

　※　申込方法：ＦＡＸまたはE-mailでこの用紙を健康福祉局援護対策担当あてに送付してください。なお申込書を送付後に、送付にした旨の電話連絡をお願いします。

　※　なお、電話によるお問い合わせには応じられませんのでご了承願います。

　※　本用紙に記載できない分量の場合には、複写して本様式を使用してください。