様式２

令和 　年 　月 　日

横浜市契約事務受任者

 所 在 地

 商号又は名称

 代表者職氏名

質 問 書

業務名：第４期中区地域福祉保健計画骨子策定に係るコンサルティング業務委託業務委託

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 書類名 | 項 | 項目 | 質問事項 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：**質問がない場合は質問書の提出は不要です。

連絡担当者

所 属

氏 名

電 話

　　 電子メール