（様式５）

年　月　日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名　 　　　　　　印

# 提　案　書

次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市医師等の働き方改革に向けた取組支援事業

連絡担当者

　　所属

　　氏名

　　電話

　　Ｅ－mail