（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：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail