（様式１）

令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

住所

法人名

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：障害者相談支援事業委託（重症心身障害児者施設）

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail