（様式３）

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

質　　問　　書

業務名：知的障害者等に分かりやすい資料等の表現見直し業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |
| --- |
| ＜回答の送付先＞ |
| 担当部署 | 健康福祉局障害施策推進課 |
| 担当者名電話ＦＡＸ | 新海・井上６７１－３５９８６７１－３５６６ |
| E-mail | kf-sabetsu-kaisyou@city.yokohama.jp |
|  |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。