（要領－１）

令和　　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

質　　問　　書

業務名： 令和４年度「第５期横浜市地域福祉保健計画」策定支援業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾌｧｸｼﾐﾘ番号 |  |
| E－mail |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。