（様式５）

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

　提　案　書

　次の件について、提案書を提出します。

件名：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

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail