（要領－１）

 年　月　日

横浜市契約事務受任者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

質　問　書

次の件について、質問書を提出します。

件名：横浜市障害児・者歯科保健医療実態調査等業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

連絡担当者

　　所属

　　氏名

　　電話

　　ＦＡＸ

　　Ｅ－mail

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。