

(要領-2)

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

業務名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

質 問 事 項

回答の送付先

担当部署

担当者名

電話番号

F A X

E メール

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

注：質問書への回答は、電子メールで行いますので、必ず E メールアドレスを記載してください。