（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

業務名：令和６年度介護予防・生活支援サービス補助事業の事務におけるkintone導入等業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答の送付先 | |
| 担当部署 | 健康福祉局地域包括ケア推進課 |
| 担当者名 | 伊藤・青柳・髙野 |
| 電話番号 | 045-671-3464 |
| FAX番号 | 045-550-4096 |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。