（要領－１）

　　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：介護事業所業務改善支援事業業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答の送付先 | |
| 担当部署 | 健康福祉局高齢健康福祉課 |
| 担当者名 | 太田、菅原 |
| 電話番号 | 045-671-3920 |
| FAX番号 | 045-550-3613 |
| E－mail | [kf-zinzai@city.yokohama.jp](mailto:Kkf-zinzai@city.yokohama.jp) |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。