令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

所在地

法人名

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：医療型学齢後期障害児支援事業業務委託

連絡担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所 属 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-MAIL |  |