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

質　　問　　書

業務名：医療型学齢後期障害児支援事業業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-MAIL |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。