（様式４）

　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：第２期横浜市依存症対策地域支援計画策定支援業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答の送付先 | |
| 担当部署 |  |
| 担当者名  電話  ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
|  |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。