（様式５）

　令和　　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

　提　案　書

　　　次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市認知症高齢者等緊急一時入院事業委託

連絡担当者

所属・役職

氏名

電話

FAX

E－mail