

(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