

(様式5)

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：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

連絡担当者

所属

氏名

住所

電話

F A X

E-mail