**ＦＡＸ番号　　０４５－８００－２５１６**

**Ｅ－ｍａｉｌ****iz-fukuho@city.yokohama.jp**

**泉区福祉保健課事業企画担当あて**

平成　　年　　月　　日

**質　問　書**

泉区福祉保健活動拠点の指定管理者申請要項等について、次のとおり質問事項を提出します。

＜質問内容＞

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名等 | 【資料名】：　申請要項　・　その他（　　　　　）【ページ・項目】： |
| 内　　容 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 所在地 |  |
| 担当者 | ふりがな（氏名）（所属・職名） |
| 連絡先 | （電話）（FAX）（E-mail） |

受付期間：平成27年４月６日（月）午前９時～４月７日（火）午後５時まで

受付方法：ＦＡＸまたはE-mailで、この用紙を泉区福祉保健課事業企画担当

あてお送りください。

電話でのお問合せには応じられませんのでご了承願います。