（様式９）

質　問　書

令和　年　月　日

（申請先）

横 浜 市 長

応募申込予定者 所 在 地

名　　称

（代表者名）

担当者氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 質問内容 |
|  |  |

（質問受付期間）令和４年８月３日（水）から令和４年８月16日（火）まで

（提出先）横浜市健康福祉局障害自立支援課就労支援係

Ｅメールアドレス：kf-syuurou@city.yokohama.jp

ＦＡＸ番号：045-671-3566