様式13

FAX番号 　０４５－５４０－２３６８

E-mail　　 ko-cpkyotenunei@city.yokohama.jp

港北区福祉保健課事業企画担当あて

令和　　年　　月　　日

質　問　書

(申請先)

横浜市港北区長

(申請者)

　所　在　地

　団体名

　担当者名

　電話番号

横浜市○○地域ケアプラザの指定管理者公募要項等について、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】：　公募要項　・　応募関係書類　・　その他（　　　　　）  【ページ・項目】： |
| 内　　容 |  |

【受付期間】

令和２年１月11日（土）午前９時から１月31日（金）午後５時まで

【受付方法】

FAXまたはE-Mailで、この用紙を港北区福祉保健課事業企画担当あてに送付してください。

【その他】

電話でのお問合せには応じられませんので、あらかじめご了承願います。