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

様式13

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

横浜市港北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 |  |

【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、予めご了承願います。