（要領－１）

　　年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

|  |
| --- |
| 所　在　地  商号又は名称  代表者職氏名 |

質　　問　　書

業務名：「横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画」（計画期間：令和３年度～５年度）の策定支援業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 回答の送付先 | |
| 担当部署 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。