令和　年　月　日

横浜市契約事務受任者

所在地

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　印

提　案　書

　次の件について、提案書を提出します。

件名：医療型学齢後期障害児支援事業業務委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

ＦＡＸ

E－mail