（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：令和６年度横浜型プロボノ事業業務委託

|  |
| --- |
| 質　　問　　事　　項 |
|  |

|  |
| --- |
| 〇回答の送付先 |
| 担当部署 | 健康福祉局地域包括ケア推進課 |
| 担当者名 | 椎野・小山・東・岩田 |
| 電話番号 | 045-671-3464 |
| FAX番号E-mail | 045-550-4096kf-hamabono@city.yokohama.lg.jp |

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。