

質 問 書

年 月 日

横浜市契約事務受任者

住 所  
商号又は名称  
担 当 部 署  
担 当 者 氏 名  
電 話 番 号

契約番号

契約件名 医療費公費負担レセプト点検委託

上記件名にかかる仕様（設計）書の内容等について、次のとおり質問します。

| 項目（ページ数等） | 質 問 内 容 |
|-----------|---------|
|           |         |

（注意）仕様（設計）書の内容等について質問がある場合は、「発注情報詳細」に記載された、質問締切日時までにこの用紙に質問内容を記載し、横浜市こころの健康相談センターに電子メールで送信すること（特定調達に係る案件を除く）。なお、送信した場合は送信した旨を必ず電話で連絡すること。

【横浜市健康福祉局こころの健康相談センター】

メール：kf-seitsuin@city.yokohama.lg.jp

電話：045-671-2415（平日8時45分から17時15分まで）