様式Ｂ

令和　　年　　月　　日

質　問　書

(申請先)

横浜市保土ケ谷区長

(申請者)

　所　在　地

　団体名

　担当者名

　電話番号

横浜市保土ケ谷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 |  |

【受付について】

|  |
| --- |
| 期間：令和７年１月16日（木）午前９時から１月22日（水）午後５時まで  方法：E-mail又はFAXで、この用紙を保土ケ谷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：お電話での御質問にはお答えいたしかねますので、あらかじめ御了承ください。 |