様式Ｂ

令和　　年　　月　　日

質　問　書

(申請先)

横浜市瀬谷区長

(申請者)

　所　在　地

　団体名

　担当者名

　電話番号

横浜市瀬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６年12月24日（火）午前９時から令和６年12月27日（金）午後５時まで  方法：E-mail又はFAXで、この用紙を瀬谷区福祉保健課運営企画係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。 |