年　　月　　日

横浜市契約事務受任者

所 在 地

法人名称

代表者職氏名

質　　問　　書

件名：都筑区地域子育て支援拠点運営法人選定

|  |
| --- |
| 質　問　事　項 |
|  |

所属　横浜市都筑区こども家庭支援課

氏名　佐野　嶋田

電話番号　045-948-2320

ﾌｧｸｼﾐﾘ番号　045-948-2309

注：質問がない場合は質問書の提出は不要です。

* 質疑は、簡潔、明瞭に記載してください。
* 質疑の趣旨を確認するため、担当者あてに照会をする場合があります。
* 選定の基準、ヒアリング事項など、選考等に影響のある内容の質問には、詳細に回答しない場合があります。