様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　年　月　日

（商号又は名称）

（代表者職氏名）　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公立大学法人横浜市立大学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長　二見　良之

参加資格確認結果通知書

　次の件について、参加資格確認結果を通知します。

　件名：横浜市立大学附属市民総合医療センター次期病院情報システムの調達・構築業務

　結果①：資格を有することを認めます。

　結果②：次の理由により、資格を有することを認めません。

　　　　　理由：○○のため

　＊上記理由について説明を希望される方は、平成　年　月　日までに公立大学法人

横浜市立大学○○課へその旨を記載した書面を提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファックス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅｍａｉｌ