

(様式2)

平成30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：公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター  
入院患者等の食事療養提供業務及び保育所給食業務委託

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：〇〇のため

\* 上記理由について説明を希望される方は、平成30年9月6日までに公立大学法人  
横浜市立大学附属市民総合医療センター管理部経営企画課物品管理担当へその旨を記載  
した書面を提出してください。

連絡担当者  
横浜市立大学附属市民総合医療センター  
管理部経営企画課物品管理担当 大野  
電話：045-253-5306  
ファックス：045-231-1846  
E m a i l : u\_buppin@yokohama-cu.ac.jp