

(様式3)

平成 年 月 日

(称号又は名称)

(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
診療材料・医薬品等 SPD 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 12 月 5 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