

(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
滅菌業務等委託

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31年1月4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