

様式－5

〇〇年〇〇月〇〇日

商号又は名称
代表者職・氏名

富士市病院事業管理者
児島 章

プロポーザル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。

1 業務名 富士市立中央病院医療事務業務

2 結果

(1) 資格を有することを認めます。

(2) 次の理由により、資格を有することを認められません。

理由 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇のため

※ 2の理由について説明を求める場合は、〇〇年〇〇月〇〇日までに富士市立中央病院事務部医事課へその旨を記載した書面（任意書式）を提出してください。