（様式2号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 磐病経第　　　　号  令和　　年　　月　　日  **プロポーザル参加資格確認結果通知書**  所　在　地  商号又は名称  代表者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印  　　　磐田市病院事業管理者　鈴木　昌八　　　省略  　先に申請のあった下記事業に係るプロポーザル参加資格について、下記のとおり確認したので通知します。  記   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  | | | 事業名 | 令和6年度　磐田市立総合病院　医療情報システム更新業務 | | | プロポーザル  参加資格の有無 | プロポーザル参加資格　有・無 | | | 参加資格が無いと認めた理由 | ― |   なお、参加資格が無いと通知された方は、当院に対して参加資格が無いと認めた理由について説明を求めることができます。  説明を求める場合は、令和6年10月30日（水）午後5時00分までに、その旨を記載した書面（独自様式）を持参、郵送、電子メールのいずれかにより提出してください。 |