（様式３）

藤　病　第　　　　　号

　　年　　月　　日

会社名

代表者職氏名

藤枝市立総合病院

病院事業管理者　　毛利　博　　　　㊞

**医事業務委託プロポーザル参加資格審査結果通知書**

貴社より提出いただきました参加申請書について、藤枝市立総合病院医事業務プロポーザル方式審査委員会において審査した結果を下記のとおり通知します。

記

1　件名　　　　藤枝市立総合病院医事業務委託

2　結果　　　　①　承認

　　　　　　　 ②　不承認

　　理由：

3　そ　の　他

プロポーザル参加資格がないと認められたときは、その理由について説明を求めることができます。説明を求める場合には、令和３年６月３日（木）までに書面（様式任意）を８（3）まで持参により提出してください。説明を求められたときは、令和３年６月７日（月）までに書面により回答します。

以上