（様式８－１）

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　選定結果通知書**

貴社より提出いただきました企画提案書について、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　　審査の結果、貴社の企画提案書は最優秀と評価し、優先交渉者に選定しました。

　　　　　なお、契約等に係る協議につきましては、別途連絡します。

以上

（様式８－２）

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　選定結果通知書**

貴社より提出いただきました企画提案書について、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　　審査の結果、貴社の企画提案書は優秀と評価し、第二優先交渉者に選定しました。

　　　　　なお、優先交渉者が辞退等した場合の契約等に係る協議につきましては、別途連絡します。

以上

（様式８－３）

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　選定結果通知書**

貴社より提出いただきました企画提案書について、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　　審査の結果、貴社の企画提案書は最優秀・優秀と認められませんでした。

以上