**【様式２】**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

加西市病院事業管理者　 生田　肇

参 加 資 格 審 査 結 果 通 知 書

先に申請のありました加西市新病院開院支援業務プロポーザルに係る参加資格審査について、下記のとおり審査の結果を通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 件　　名 | 加西市新病院開院支援業務 |
| 参加資格の有無 | 有　：　参加資格を有することを認めます  　　　無　：　下記の理由により参加資格は認められません |
| 参加資格がないと  認めた理由 |  |

なお、参加資格がないと通知された方は、参加資格がないと認めた理由について説明を求めることができます。この説明を求める場合は、令和７年　　月　　日までに所管課へ、その旨を記載した書面を提出してください。

〔連絡先〕

部署　市立加西病院事務局

新病院建設推進室

担当者

電話　0790‐42‐2200㈹（内線3152）

FAX　0790‐42‐3460（病院内2階事務局）

E-mail　 newhosp@city.kasai.lg.jp