令和元年　月　日

(商号又は名称)

(代表者職氏名)　　　　　　様

横浜市契約事務受任者

提案資格確認結果通知書

次の件について、提案資格確認結果を通知します。

　件名：第４期中区地域福祉保健計画骨子策定に係るコンサルティング業務委託

　結果：資格を有することを認めます。

　結果：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：××のため

　※上記理由について説明を希望される方には、令和元年　月　日までに中区福祉保健課

へその旨を記載した書面を提出してください。

連絡担当者

所　属　中区福祉保健課

担　当：鈴木、船水

電　話：045-224-8330

FAX：045-224-8157

E-mail：na-fukuho@city.yokohama.jp