

(様式2)

令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代 表 者)

様

地方独立行政法人知多半島総合医療機構
理事長

選定（非選定）通知書

令和 年 月 日付で貴社より参加表明書（様式1）の提出のあった下記の業務について、提案資格を有する者として選定（非選定と）したので通知します。

記

業務名：

(非選定理由：)

(説明請求期限： 令和 年 月 日)

連絡先

所 属

担当者

電 話