

(様式2)

提 案 資 格 確 認 結 果 通 知 書

年 月 日

商号及び名称

代表者職氏名

川 崎 市 長

年 月 日付けで公表された次の件について、提案資格確認結果を通知します。

1 件 名

令和6年度川崎市H I V ・梅毒即日検査・相談業務委託

2 履行場所

健康福祉局保健医療政策部感染症対策担当指定場所

3 提案資格の有無

(有の場合) 資格を有することを認めます。

(無の場合) 次により、資格を有することを認めません。

理由：

※ 上記理由について説明を希望される方は、年 月 日までに下記担当へその旨を
書面で提出してください。

川崎市健康福祉局保健医療政策部

感染症対策担当エイズ・結核担当

電話 044-200-2439

FAX 044-200-3928

E-mail 40kansen@city.kawasaki.jp