

(様式6)

結 果 通 知 書

令和 年 月 日

商号及び名称

代表者職氏名

川 崎 市 長

貴社より提出があった次の件について、審査結果を次のとおり通知します。

1 件 名

令和7年度川崎市H I V ・梅毒即日検査・相談業務委託

2 結 果

(1) 最適であると選定しました。

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

(2) 次の理由により選定しませんでした。

理由 ○○のため

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

担 当 課 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
F A X 044-200-3928
E-mail 40kansen@city.kawasaki.jp