（様式２）

提　案　資　格　確　認　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

令和８年１月１３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８年度川崎市ＨＩＶ・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課指定場所

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、令和　　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
感染症対策課　エイズ・結核担当
電話　０４４－２００－２４３９
FAX　０４４－２００－３９２８
E-mail 40kansen@city.kawasaki.jp