（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８年度川崎市ＨＩＶ・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　〇〇のため

※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
　　感染症対策課　エイズ・結核担当
電　　話　０４４－２００－２４３９
Ｆ　Ａ　Ｘ　０４４－２００－３９２８
E-mail　40kansen@city.kawasaki.jp