

(様式第6号)

年 月 日
(公 印 省 略)

殿

大牟田市長 関 好孝
(保健福祉部福祉課)

プロポーザル参加資格確認結果通知書

年 月 日付のプロポーザル参加表明書により申請がありました次の業務に係る参加資格について、下記のとおり通知します。

記

1 業務名：大牟田市健康福祉総合計画策定等支援業務

2 審査結果

① 参加資格を有することを認めます。

② 次の理由により、参加資格を有することを認められません。

理由： のため。

なお、この通知の発送後に参加資格を有しないことが判明した場合は、判明した時点で参加資格を取り消します。