入札参加資格がないと認めた理由の説明要求書

令和　　年　　月　　日

大阪市契約担当者

大阪市健康局長　様

主たる営業所

(又は支店等)

の所在地

商号又は名称

代表者

(又は受任者)

役職・氏名

次の入札参加資格審査結果について、入札参加資格がないと認めた理由について説明を要求します。

記

１　案件名称

保健師活動支援システム構築及び運用保守業務委託

２　連絡先

部　　署　 名

氏　　　　　名

電　話　番　号

メールアドレス

※本調達に関する一切の連絡の受付先を記載すること