（様式3）

令和　　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　様

北見赤十字病院

院長　荒川穣二

参加資格確認結果通知書

次の件について、参加資格確認結果を通知します。

件名：北見赤十字病院及び北海道立北見病院における検体検査業務委託

資格を有することを認めます。

連絡担当者

　 所属

　 氏名

　 電話

　 FAX

　 E-Mail