

不適格理由説明請求書

年 月 日

尾道市病院事業管理者 様

住 所
商号又は名称
代表者氏名

年 月 日付け入札参加資格不適格通知書に記載の、資格要件を満たしていると認められない理由について、その説明を求めます。

工 事 名	
工 事 場 所	
説明を求める理由	
そ の 他	