

## 理由説明要求書

令和 年 月 日

地方独立行政法人市立吹田市民病院  
理事長 矢野 雅彦 宛

住所・所在 \_\_\_\_\_

法人名 \_\_\_\_\_

法人代表者名 \_\_\_\_\_ 印

(法人の担当者氏名) \_\_\_\_\_ )

(法人の担当者所属) \_\_\_\_\_ )

(電話番号) \_\_\_\_\_ )

(FAX番号) \_\_\_\_\_ )

(電子メール) \_\_\_\_\_ )

令和3年7月12日付けで公告された旧病院跡地売却に係る事業者公募に応募しましたが、  
〔資格審査を通過しなかった・最優秀提案者に決定されなかった〕ので、その理由の説明を求めます。

- ※応募グループの場合は、代表者の住所・所在、法人名を記入してください。
- ※担当者の方の電話番号、FAX番号、電子メールアドレスを記入してください。
- ※印影が分かるように印鑑登録印を押印してください。
- ※〔 〕内の該当するものを○で囲んでください。