様式６（募集要領６関係）

参加資格確認通知書

令和　　年　月　　日

商号又は名称　代表者名　様

福島県知事

令和　年　月　　日付けで参加申込書の提出がありました令和６年度働く女性のキャリアアップ支援事業等業務委託に係るプロポーザルの参加資格について、下記のとおり確認しましたので、お知らせします。

記

１　参加資格の有無　　　有　・　無

　※参加資格がないと判断した場合はその理由

（ 事務担当　雇用労政課　○○○○○○　電話:024-521-7289 ）