**【様式３】**

プロポーザル参加辞退届

令和　　年　　月　　日付けで、申込みしました下記の公募型プロポーザルについて、参加を辞退いたします。

記

業　務　名：市立加西病院医療事務支援業務委託

（辞退理由）

　　令和　　年　　月　　日

　　加西市病院事業管理者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　㊞