**【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：市立加西病院医業未収金回収業務委託に係るプロポーザル

（辞退理由）

　　令和　　年　　月　　日

　　加西市病院事業管理者　　様