様式４

令和　年　月　日

　加東市病院事業管理者　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 |  |

辞　退　届

令和　　　年　　　月　　　日付けで参加資格を有すると認められた令和５年度加東市介護老人保健施設ケアホームかとう給食業務委託（長期継続契約）に係る公募型プロポーザルについて、下記理由により参加を辞退します。

記

辞退の理由