様式３

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６年度加東市病院事業部介護事業者支援システム更新業務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