様式　第２号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　加東市病院事業管理者　金　岡　保　　様

(辞退者)　所在地

会社名

代表者

辞　　退　　届

　令和　　年　　月　　日付けで参加申込みをした下記業務に係るプロポーザルについては、参加を辞退します。

記

　１　業務名　　　令和７年度加東市民病院給食業務委託

〔連絡先〕

　　　　所　　属　：

　　　　氏　　名　：

　　　　電話番号　：

　　　　FAX番号　：

　　　　　E－mail　：