（様式12）

令和　　年　　月　　日

　米沢市病院事業管理者　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

プロポーザル参加辞退届

　当社は、米沢市立病院新病院ネットワーク構築業務委託に関する公募型プロポーザルの参加を辞退します。

　【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 役職 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |