様式１５

辞　退　届

　令和　　年　　月　　日

米沢市病院事業管理者　あて

住　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名又は事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　令和　　年　　月　　日付で米沢市立病院医療事務業務委託に係る公募型プロポーザルに申込みましたが、次の理由により申込みを辞退します。

理　由